

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA



TESIS DOCTORAL

**Organización y funcionamiento del primer hospital de día
geriatrico en España**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

José García Sierra

Madrid, 2015



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE



5312162623

613.98 (460)

GAR

TA 1478

.TESIS DOCTORAL

=====

ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DEL PRIMER
HOSPITAL DE DIA GERIATRICO EN ESPAÑA

JOSE GARCIA SIERRA, para
optar al grado de Doctor en Medi-
cina y Cirugía.

Madrid, 1.977

A mí familia.

Catedrático Director.

Dr. D. Gonzalo Piedrola Gil

No ceso de aprender
mientras avanzo en mi ve
jez.

Solón

I N D I C E

CAPITULO I:

- 1.1. - Concepto de Hospital de Día: Definición.
- 1.2. - Importancia de la Asistencia Intra y Extrahospitalaria.
- 1.3. - Mentalización de la Población en el Problema Geriátrico.
- 1.4. - Antecedentes históricos del Hospital de Día.
- 1.5. - Interes personal en el desarrollo de esta Tesis.
- 1.6. - Agradecimiento.

CAPITULO II:

- 2.1. - Planificación del Hospital de Día: Medios Materiales.
 - 2.1.1. - Transporte del Hospital de Día.
 - 2.1.2. - Programa del Hospital de Día.
 - 2.1.3. - Distribución de las funciones del Hospital de Día.
- 2.2. - Dotación de personal del Hospital de Día.
- 2.3. - Medios docentes y de investigación clínica.
- 2.4. - Mecánica de la Asistencia Geriátrica.

CAPITULO III:

- 3.1. - Fines específicos del Hospital de Día.
 - 3.1.2. - Completar Rehabilitación: Valoración funcional.

- 3.1.3. - Grados de incapacidad física.
- 3.2. - Terapia Ocupacional en Geriatría: sus fines.
 - 3.2.1. - Actividades de la Vida Diaria.
 - 3.2.2. - Terapia Ocupacional Recreativa.
 - 3.2.3. - Terapia Ocupacional Educativa.
 - 3.2.4. - Terapia Ocupacional Prevocacional.
 - 3.2.5. - Terapia Ocupacional Laboral o Ergoterapia.
 - 3.2.6. - Terapia Ocupacional de Sostén.
- 3.3. - Terapia Ocupacional del Tiempo Libre (Recreación).
- 3.4. - Actividades que actualmente se llevan a efecto en nuestro Hospital de Día.

CAPITULO IV:

- 4.1. - Gerocultura o Medicina Preventiva de la vejez.
- 4.2. - Exámenes periódicos en Salud.
- 4.3. - Higiene Mental de los ancianos.
- 4.4. - Posibilidad de Rehabilitación y Readaptación Social.

CAPITULO V:

- 5.1. - Labor Médico-Asistencial del Hospital de Día.
 - 5.1.1. - Ulceras varicosas y de decúbito.
 - 5.1.2. - Sondaje vesical.
 - 5.1.3. - Otras actividades de Enfermería.
- 5.2. - Dietoterapia en Geriatría: Dietas-Tipo.
 - 5.2.1. - Alimentación del Anciano.

5.2.2. - Tóxicos.

5.2.3. - Medidas Higiénicas para el Anciano.

CAPITULO VI:

6.1. - Rehabilitación: TECNICAS EMPLEADAS.

6.2. - Síndromes Invalidantes: su rehabilitación.

6.2.1. - Artrosis.

6.2.2. - Hemiplejia.

6.2.3. - De origen extrapiramidal; Parkinson.

6.2.4. - Enfermedad pulmonar Obstructiva.

6.2.5. - Fracturas más frecuentes en el Anciano.

6.2.6. - Amputado.

6.3. - Terapia Ocupacional en los Síndromes Invalidantes

6.4. - Trastornos del Lenguaje.

CAPITULO VII:

7.1. - Asistencia Social en el Hospital de Día: Funciones al Entorno Familiar y vivienda.

7.2. - Servicio Social de Grupo en el Hospital de Día.

7.3. - Ayuda Médico-Social a Domicilio (en el Area de Cuatro Caminos-Tetuan).

7.4. - Pensiones: Problemática que plantea la recepción de salarios y la inversión del mismo.

CAPITULO VIII:

8.1. - Psicogeriatría.

8.2. - Exploración neurológica.

8.3. - Psicopatología del Anciano.

8.4. - Trastornos psiquiátricos mayores del anciano.

CAPITULO IX:

9.1. - Podología Geriátrica.

9.2. - Odontología Geriátrica.

9.3. - Paluquería del Hospital de Día.

CAPITULO X:

10. - Capacidad de un Hospital de Día Geriátrico.

10.1. - En razón del número de habitantes del "Sector de Influencia".

10.2. - Número de pacientes en razón del personal.

10.3. - Estadística extranjera respecto a este punto.

10.4. - El "Planning" como concreción del funcionamiento del Hospital de Día.

CAPITULO XI:

11.1. - Estadística obtenida en 4 años en este Hospital de Día Geriátrico.

11.1.1. - Movimiento total de pacientes.

11.1.2. - Indice de Estancia Media.

11.1.3. - Indice de Pacientes por Edad.

11.1.4. - Por sexo.

11.1.5. - Por Diagnóstico.

11.1.6. - Reingresos.

11.1.7. - Costo persona/día.

11.1.8. - Altas por curación.

11.1.9. - Índice de Mortalidad.

11.2. - Índices Hospitalarios.

CAPITULO XII: Resumen.

CAPITULO XIII: Conclusiones.

CAPITULO XIV: Bibliografía.

CAPITULO I

- 1.1.- Concepto de Hospital de Día: Definición.
- 1.2.- Importancia de la Asistencia Intra y Extrahospitalaria.
- 1.3.- Mentalización de la Población en el Problema Geriátrico.
- 1.4.- Antecedentes históricos del Hospital de Día.
- 1.5.- Interés personal en el desarrollo de esta Tesis.
- 1.6.- Agradecimiento.

1.1. - CONCEPTO DE HOSPITAL DE DIA

Definición. - Es un centro diurno, multidisciplinario donde el paciente acude con incapacidades físicas o psíquicas para recibir - tratamiento integral y regresar a su domicilio posteriormente.

Puede ser independiente o estar incluído dentro de una insti tución hospitalaria.

Es diurno, porque su jornada se compone desde que el pacien te es recogido en su domicilio por un transporte adecuado hasta que es repuesto al mismo, despues de una serie de cuidados desarrolla- dos en este nivel asistencial geriátrico.

Es multidisciplinario, porque esta diversidad de atenciones sa nitarias, fisoterápicas, psicológicas, sociales, ect., están desempe- ñadas por profesionales cualificados, los cuales, trabajando en gru- po serán los que harán posibles el éxito terapéutico.

El tratamiento es integral, porque su enfoque abarca diversas facetas de tipo humano:

Físicas: Mediante rehabilitación y terapia ocupacional para me jorar su movilidad o adiestrar su independencia menguada por las li mitaciones residuales de su enfermedad.

Psíquicas: Tratando de recuperar ciertos trastornos de su ca racter, mentalidad o emotividad.

Sociales: integrandole primero a un grupo colectivo de perso nas con idéntica problemática o retornandole al medio familiar, cu- ya vinculación perdió.

Si la mayoría de los hospitales de día se encuentran ubicados dentro de centros hospitalarios es por el fácil aprovechamientos de servicios generales, centralización de unidades sanitarias, traslado entre distintos niveles de asistencia, etc., pero no es condición -- indispensable.

Sirve como paso intermedio entre el hospital y el domicilio

del paciente, por lo que es muy indicado para enfermos que arrastran secuelas, limitaciones y dependencias que tengan posibilidad grande de recuperar un grado aceptable de independencia; pero no para aquellos que se encuentran en fase de cronicidad parcial o - absoluta, ya que ello obstaculizaría la dinámica de este centro.

Todo esto explica que los primeros centros diurnos fuesen - los psiquiátricos, ya que se nutren de pacientes con este tipo de - características. El contacto diario y la convivencia familiar benefi-cia el tratamiento de integración laboral con vistas a la reinserción dentro de la comunidad.

Dentro de los ancianos susceptibles de ingreso en el Hospital de Día cuentan aquellos a los que el médico no intenta como primer objetivo salvar su vida, sino que sobrepasada su gravedad inicial - no debe seguir ocupando una cama hospitalaria, que necesita otro - enfermo agudo.

Sin embargo su lógica tardanza de recuperación total aconseja ser tratado fuera de su domicilio, puesto que en éste se carece de medios para un tratamiento eficaz.

Con este sistema diurno de asistencia se logra las siguientes finalidades:

- Aceleración del alta, en aquellos enfermos hospitalizados que han sobrepasado la fase aguda.
- Seguimiento médico responsable del paciente, hasta que éste logra autosuficiencia para desenvolverse en su domicilio.
- Crear conciencia en la familia para una cooperación en el tratamiento evolutivo de sus familiares.
- Evitar el cronicismo endémico de pacientes geriátricos que por completar una rehabilitación siguen "protegidos" dentro del hospital con el real peligro de infecciones hospitalarias, proteccionismos psicológico, etc.

Otros tipos de modalidad de asistencia diurna existen en dis

tintos países desarrollados, como son:

Hospitalización semanal: En la cual el paciente dispone de autorización para pasar el fin de semana en su domicilio .

Hospitalización de fin de semana: La familia dispone de institución adecuada para dejar cobijado a su anciano mientras se marchan de vacaciones, recreo, viajes, etc. Es un alojamiento temporal por necesidades familiares justificadas.

Hospitalización nocturna: Utilizable para ancianos que viven aislados, con enfermedades de etiología conocida para evitar recaídas, traumas accidentales, sensación de soledad, etc.

Estas formas de asistencia aunque no están institucionalizadas, se están llevando a cabo en la actualidad.

Son distintas soluciones de alojamiento hospitalario "a la carta" con ritmo semanal, mensual, estacional, anual, etc., que requiere lógicamente un funcionamiento de:

- a) Recepción hotelera, llevando al día el número de camas libres.
- b) Contacto frecuente con la familia para captación de la evolución de la enfermedad.
- c) Asistencia sanitaria suficiente para control de los cambios morbosos del anciano.

Esta hospitalización puede variar de discontinua a prolongada, según las necesidades evolutivas de cada enfermo, pero siempre supondrá un ahorro económico comparativamente, al gasto de la cama hospitalaria de un Centro General.

1.2. - IMPORTANCIA DE LA ASISTENCIA INTRA Y EXTRAHOSPITALARIA

La asistencia prestada en la actualidad a los pacientes ancianos en Centros Hospitalarios no es suficiente para sus necesidades de demandas asistenciales:

1. - Por no existir suficientes camas hospitalarias para agudos (enfermos) de cualquier edad, ni haberse creado todavía hospitales de crónicos.

2. - La complejidad técnica de los hospitales modernos, con el personal específico que necesita, implica unos costos fabulosos que se podrían evitar con niveles de asistencia coordinados y escalonados, lo cual ahorraría estancias y bloqueo de camas por ancianos crónicos.

3. - Las nuevas concepciones actuales sanitarias preconizan - que el hospital derribe sus muros, extendiendo su asistencia al sector geográfico "de influencia" bajo un triple aspecto: preventivo, asistencial y rehabilitador, sobre todo considerando el medio ambiente - hostil que la ciudad ofrece para la movilidad del anciano.

4. - La duplicidad de esfuerzos en atenciones médicas por gestiones de distintos organismos particulares o gubernamentales se podría evitar con la actuación común de unas mismas directrices.

Diferentes formas de asistencias intrahospitalarias geriátricas.

En los países desarrollados, a lo largo de estos últimos años han ido apareciendo una serie de modalidades de asistencia de las - cuales se puede beneficiar el anciano inválido, según que la invalidez que presenta sea parcial o total. Este sistema asistencial se -- puede adecuar a cada país según sus medios e idiosincrasia, pues ha probado ya su eficacia.

Con ellos cualquier médico de cabecera puede disponer de una

baraja de posibilidades de ingreso segun el diagnóstico que presente su paciente, evitando con ello el innecesario peregrinaje que - acaece hoy en las grandes ciudades y que son eco de la ironía periodística.

De mayor a menor rango asistencial se pueden citar las siguientes modalidades:

- a) Hospital de Día.
- b) Residencias Asistidas.
- c) Dispensarios Geriátricos.
- d) Ayuda a domicilio.
- e) Otras instituciones: hogares de ancianos, residencias geriátricas, talleres diurnos, etc.

a) Hospital de Día. - Es la unidad dinámica de asistencia médica diurna, cuyo estudio nos ocupa.

b) Residencias Asistidas. - Son instituciones para enfermos - crónicos inválidos, que precisan continuos cuidados por estar obligados a permanecer en inmovilidad absoluta cuando su enfermedad - cursa con encamamiento prolongado (caquectizantes, fractura de cuello de fémur, etc) o inmovilidad relativa (obesidad, etc). En ella - se atiende perfectamente bajo un punto de vista médico con control analítico, radiológico, etc., para seguir la evolución del anciano - enfermo utilizando como medios terapéuticos: medicamentos, fluidoterapia, cinesiterapia, cambios posturales, etc., encaminados a evitar las graves repercusiones que la inmovilidad ocasiona sobre el - estado general; escaras, embolias, etc.

c) Dispensarios Geriátricos. - Se nutren de una atención preferente médica de los enfermos con una conexión al Laboratorio, - Radiología y un Médico Geriatra que cuenta con la ayuda imprescindible de una Enfermera y una Asistente Social.

Esta debe contar con medios suficientes, económicos o no, para realizar una labor útil tanto intra como extrahospitalaria (ayuda a domicilio).

d) Ayuda a domicilio. - Es la parte de asistencia médica es calonada a la que estamos haciendo referencia, con servicios sa nitarios trasladados al propio domicilio del paciente, haciendo - mas llevadero el proceso de una larga enfermedad para la familia y la sociedad.

Se trata de un "Equipo Volante" que circula por la ciudad llevando a la cama del inválido una posibilidades con las cuales no cuenta el médico de cabecera: un Médico Geriatra, una Asis- tente Social, una Enfermera y una Fisioterapeuta, que unidos o - por separado, utilizan preparación e instrumental específico para gran variedad de actuaciones: sondajes, inyectables, análisis, aero soles, electrocardiógrafos, cinesiterapia, masoterapia, limpieza de casa, realización de compras, etc.

Las ventajas de esta asistencia son:

1. - Tranquilidad del paciente, que aunque sea dado de alta, sabe va a seguir vigilado por el mismo personal que - en el hospital.
2. - Disminución de la estancia hospitalaria, evitando la cro nicidad de camas.
3. - Ayuda a la reintegración social del anciano al medio fa miliar, evitando el hospitalismo.
4. - Completar la rehabilitación ya iniciada en anteriores ni veles asistenciales.
5. - Prestación de asistencia social específica.
6. - Reeducación del paciente en actividades de la vida dia- ria para lograr una pronta autosuficiencia.
7. - Proporcionar una asistencia médica adecuada: complemen ta rias, prestaciones de enfermería cualificada, etc.

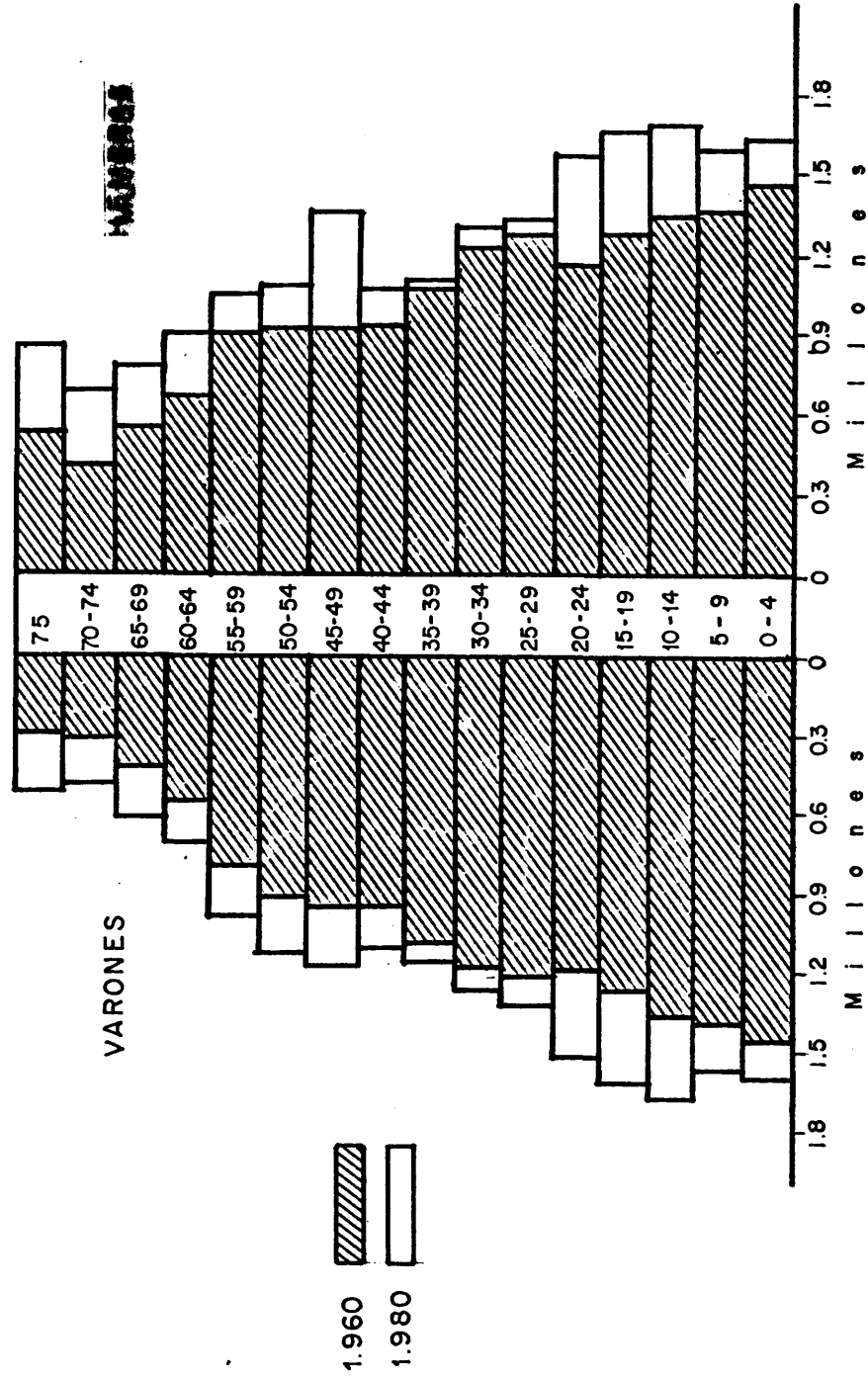
e) Otras Instituciones. - En determinados tipos de instituciones geriátricas como son: clubs de ancianos, Residencias de ancianos, Hogares del Pensionista, etc., aparte de las actividades propias de estos centros como son recreativas , educativas, sanitarias, etc., se puede y debe introducir otro tipo de asistencia más completa como son:

Asistencia Preventiva. - A la vez que se realicen exámenes de salud, vacunaciones, control de constantes, etc., se debe intentar, para evitar futuras invalideces, una pequeña rehabilitación y Terapia Ocupacional aunque fuera en su forma recreativa, ludoterápica, actividades de la vida diaria, y laborterapia, dandole al anciano posibilidades de demostrar su potencialidad laboral, puesto de manifiesto ya en países como Holanda, con Talleres Protegidos donde los ancianos desempeñan funciones simples, pero útiles como son: ordenación de documentos, archivos, etc.

HOSPITAL CENTRAL DE LA CRUZ ROJA

GRAFICO Nº 1

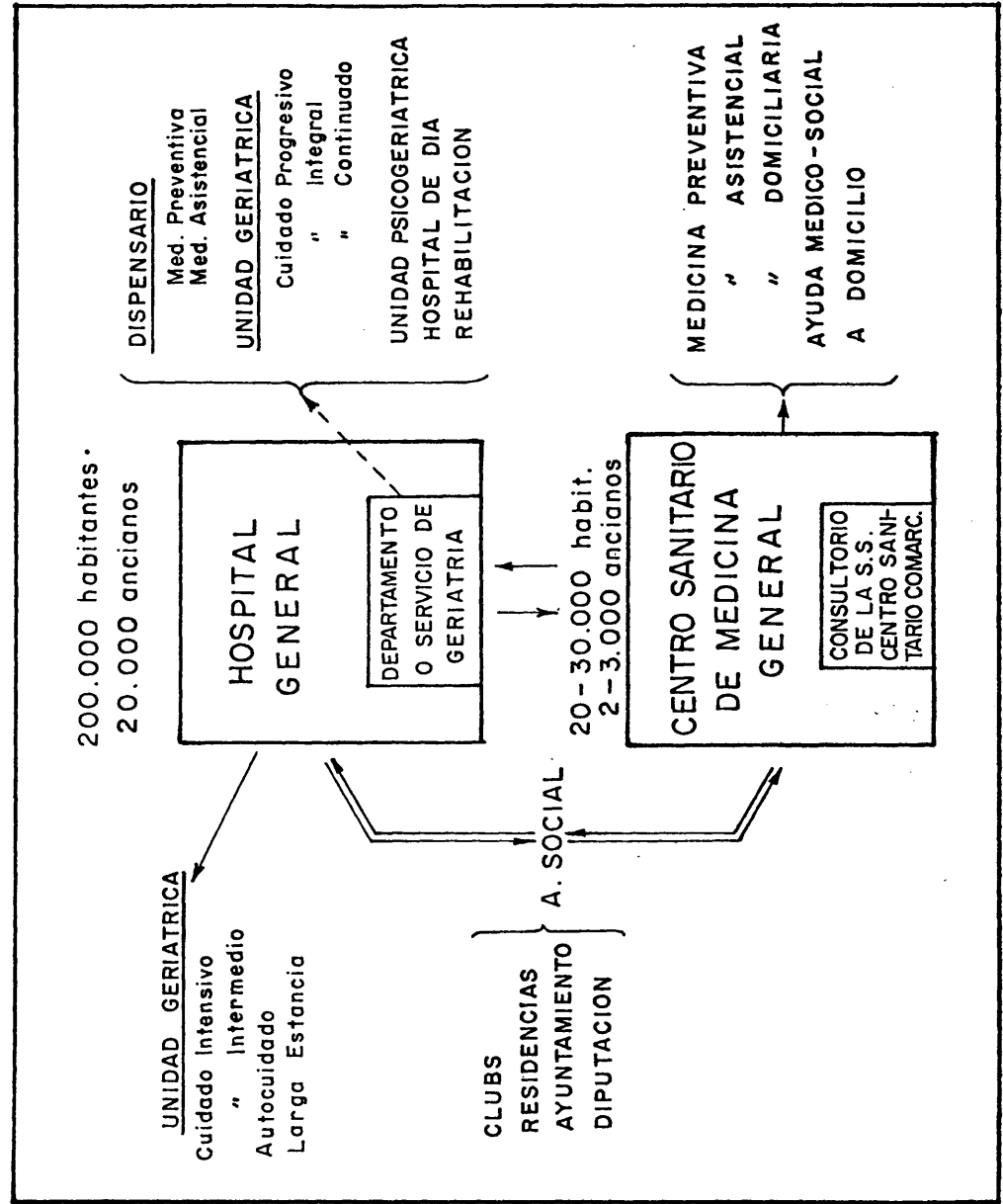
DATOS.- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA.-
ANUARIO ESTADISTICO 1.971
TERCER PLAN DE DESARROLLO.- POBLACION



ESTRUCTURA DEMOGRAFICA DE ESPAÑA (1.960 y 1.980)

ESQUEMAS

GRAFICO Nº 2



1. 3. - MENTALIZACION DE LA POBLACION EN EL PROBLEMA GERIATRICO

No se debe considerar a la vejez como un periodo de vida con salud deficiente, sino que al contrario, hay que alentar al anciano a seguir una creciente y adecuada labor de educación sanitaria. Esta es un proceso continuo, que comienza en la escuela primaria y al llegar a la tercera edad se tiene que especializar en la utilización de medios informativos de tipo colectivo: periódico, radio, televisión, etc., intentando dar a conocer todos los servicios que tiene a su disposición el viejo.

En cuanto al público es indispensable que cualquier persona comprenda que el envejecimiento de la población es consecuencia directa del aumento de nivel de vida moderno y del desarrollo económico-social. Los ancianos tienen derecho a ocupar su puesto dentro de la sociedad, debiendo estar cubierto de cualquier necesidad con un programa geriátrico bien planificado que atienda principalmente al aspecto de la prevención.

Prevención a corto plazo. - Es necesario un servicio geriátrico de alto nivel que sea parte integrante de otros servicios sanitarios generales y que marque las directrices de una buena educación sanitaria del anciano: conjunto de actividades conducentes a la creación de hábitos personales que permite el fomento y conservación de la salud del anciano dentro de la colectividad. Debe tender esta educación sanitaria a despertar el sentido de responsabilidad de la propia salud, como estado "de bienestar físico, mental y social" (O.M.S.). Asimismo de la colectividad, que rodea al anciano en los tres aspectos señalados.

Prevención a largo plazo. - Se debe fijar un objetivo para aquellas personas con acercamiento de la edad de la jubilación, preparando a la vez a sus conyuges y familiares para seguir de una

manera simultanea esta formación continuada que se llama Preparación de la jubilación, dentro de la cual se motivará y ayudará al anciano a sobrepasar el "stress" que supone este tránsito de una vida activa y responsabilizada a otra que puede ser solo vegetativa, pero que llena con objetivos fines útiles.

Divulgación de la problemática geriátrica. - Se puede realizar en dos aspectos: Médico y Social.

1). - Médico. - Colaboración con revistas profesionales, comunicaciones a Congresos Médicos, coloquios y reuniones donde se hará un trabajo coordinado, buscando soluciones a los problemas planteados.

Organización de cursos para Médicos, Enfermeras, Asistentes Sociales, Hermanas de la Caridad, etc., tratando de perfeccionar el ejercicio de su profesión para una mejor atención geriátrica.

2). - Social. - Se puede conseguir mediante intervenciones en radio, televisión y prensa no profesional, una inquietud y sensibilización nacional del desamparo y falta de solución de los problemas de los ancianos, tratando de obtener un RESPALDO positivo - ante la ADMINISTRACION.

De este modo, a traves de estos medios se puede llegar a cualquier anciano allá donde se encuentre, dando normar de educación sanitaria directa o información suficiente para que encuentre cauces de canalización a cualquier problemática .

Cualquier sistema de prestación de servicios necesitará evaluaciones sucesivas que permitan al Estado las reformas necesarias según los resultados obtenidos.

1.4. - ANTECEDENTES HISTORICOS DEL HOSPITAL DE DIA

Aunque los Hospitales de Día nacen en el norte de Europa al final de la IIª Guerra Mundial con el fin de tener un control sanitario de aquellos enfermos que no deben ser rechazados pero que por falta de camas hospitalarias, no era posible hospitalizar, y que además resultaba un estorbo evidente para su contexto familiar o social, nosotros al tratar de rebuscar los antecedentes más antiguos nos vamos a remontar a las épocas primeras en que el trabajo ha sido utilizado como terapéutica.

Si dentro del Hospital de Día realizamos otros tipos de asistencia como son: Enfermería, Medicina Preventiva, etc., la predominancia de la Rehabilitación en su faceta de Terapia Laboral, nos obliga a un estudio más exhaustivo de esta parte, ya que el resto es de mayor divulgación.

En los pacientes de tipo físico, la máxima aspiración que pretendamos alcanzar debe ser un punto próximo a la normalidad y el mínimo cerca de la completa dependencia. Dentro de la rehabilitación del paciente, este tipo de tratamiento "ocupacional" es un método activo con base psicológica, por lo cual se explica sus primeras indicaciones en Psiquiatría. Pero una terapia por medio del trabajo puede ser beneficiosa y también perjudicial, lo más importante es que esté aplicada expertamente, y quizá esta puntualización es la que va a diferenciar el tipo de tratamiento que se usa en la actualidad, con respecto a la forma en que se usaba en épocas anteriores, que es lo que vamos a citar a continuación:

Aunque es posible que la Terapéutica de la Ocupación se remonte más allá de las primeras manifestaciones escritas, las referencias que tenemos primero son del periodo de la Magia (año 660 a. de J.C.). También se cita que Esculapio calmaba el delirio con música y canciones. Homero habla del "Noble Dios Artesano". A Hefesto le dieron trabajos manuales de habilidad cuando fué resca

tado por Tetis y Eurinoma, al ser repudiado por su madre.

Después de esta época mitológica apareció un remedio de experimentación científica (desde el año 600 a. de J.C. al 200 d. de J.C.). La música era usada como remedio por Pitágoras, Tales y David con la cual distraía a Salomón (terapia recreativa). - Hipócrates usaba como medicación la lucha, trabajos manuales, montarar a caballo, etc; en esta época surgen descubrimientos relacionadados con el movimiento (Arquímedes, Euclides, etc.). Cornelius Celsus ya recomendaba en su día lo que hoy es ejercicio ocupacional: correr, andar, caza, vela, juegos de pelota, lectura, etc, adecuado a este tipo de persona. Galeno en el año 130-200 d. de J.C. - promovía el trabajo como terapéutica, añadiendo que era indispensable para la salud humana.

En el periodo siguiente (200-1.250 d. de J.C.), en plena - Edad Media en que el progreso en general se detuvo, sin embargo, existieron excepciones como el caso de Caelius Aurelianus, neurólogo del siglo V que ya prescribía para ciertos enfermos paralíticos el uso de tratamientos a base de masaje, cataplasmas (calor), ejercicios activos y pasivos como poleoterapia, contrarresistencia, etc.

Del año 1.100 en adelante comienzan a surgir las Universidades europeas, con lo cual se practica el examen médico y se - autoriza la práctica médica. Desde el 250 a 1.700 d. de J.C., se vivencia un interés por la Anatomía, Fisiología, Filosofía y Psicología y hombres tan importantes como Leonardo de Vinci, Descartes y Francis Bacon se preocupan bajo su punto de vista renacentista de todo el saber humano, por lo cual no escapan de su visión del ritmo de movimiento, las ventajas posturales y el consumo de - energía. Ejercicios para fortalecer mediante la ocupación fueron recomendados durante esta época por educadores como Thomas Sydeham, que prescribía montar a caballo para afecciones como la gota, sarna, determinados cólicos, etc., dejando su caballo al paciente.

te si carecía de él. Nicolás Audry, profesor de medicina en París, a los pacientes más humildes les recomendaba arar, cavar, acrrrear pesos, etc. Ramazzini en Padua, prevenía en vez de curar de una manera original, y era: reteniendo al obrero-paciente en su trabajo, sobre todo si se trataba de zapatería, sastrería, alfarería, -- etc.

Desde 1.700 hasta nuestros días, lo podemos dividir en dos periodos: entre 1.700 y 1.850 aparecen nuevos avances en psicología, fisiología y anatomía, así se descubre la actividad del S.N., la mecánica de la respiración y sobre todo la electricidad como - elementos decisivos para que la Terapia Ocupacional y la Rehabilitación contasen con nuevos medios. Quizá por esta época existe - el último intento de usar combinaciones de medicina y ejercicios, descrito por Francis Fuller en su "Medicine Gymnastique".

En 1.790 en un manicomio de Zaragoza, un médico dejó escrita la conveniencia de distraer a los dementes por medio de trabajo. Pinel reconoció lo mismo.

En 1.791 Liberti en una comunicación señala: "La experiencia demostrada como medio eficaz en la recuperación de los dementes al utilizar ocupaciones y trabajos: limpiar la casa, la vendimia, la trilla, recolección de aceitunas, etc., encargandoles el transporte en camillas de enfermos y heridos bajo la supervisión de guardianes.

En 1.780 J. Tissot clasifica el ejercicio ocupacional en activo, pasivo y mixto, pero es con H. Simon cuando el trabajo empieza a emplearse como terapéutica psiquiátrica en una aproximación científica a la Laborterapia y aunque se le tacha de que su obra - fué producto de la guerra de 1.914, sus primeros trabajos datan - del año 1.876 en colaboración con su maestro Koepe.

En 1.806 Sir Jhon Slinclair recomendaba el ejercicio mediante trabajo a toda la sociedad de su tiempo.

Carl Schneider elabora también la teoría general de la te
rapia ocupacional como acción curativa de tipo etiológico sobre -
el plano biológico.

Cuando primero se aplica al campo psicológico el ejercicio
activo, es por Philippe Pinel, William Tuke y Vizencio Chiarugi
que libera a los locos de sus cadenas, buscando ocupaciones para
ellos y así consta en "Description of the Retreat, the Modern treau
tament and Statement of Cases".

Henri Monnier en su "Work Institute for the. "Nervously"
en la ciudad de Zurich, cita la jardinería, carp
intería, modelo y arte como terapia ocupacional.

La Terapia Ocupacional se encuentra definida por primera
vez en "Occupational Therapy Source Book" del doctor Licht.

Si la guerra de Crimea aceleró la profesión de la enfermer
a, la 1ª. guerra mundial propulsó la de fisioterapeuta y es en
la 11ª guerra mundial cuando se afianzó la de terapeuta ocupacion
al.

La primera escuela de Terapia Ocupacional en Gran Bretañ
a funcionó en Brigston en 1. 930 en un centro de neuróticos y
psicóticos, siendo en 1.938 cuando se comenzó a usar esta terap
eútica para pacientes ambulatorios pero ya en Estados Unidos -
se había comenzado a utilizar en 1.917 en la Fundación "Consul-
tation House" con objeto de reeducar a los inválidos físicos y trat
ar a los enfermos mentales.

En España en cambio, salvo el psiquiatra español Francisc
o Tosquelles, que inició en Francia el movimiento de Psicoterap
ia Institucional, cuajando en 1.940 en el Hospital Psiquiátrico -
de St. Alban, no comienza a funcionar la Terapia Ocupacional hast
a 1.961 en el hospital de Maudes bajo la dirección de ciertos prof
esionales excepcionales: Heliodoro Ruiz, González Mas, etc., ba

jo el patrocinio de la Dirección General de Sanidad, teniendo vigencia oficial esta escuela de Terapia Ocupacional por orden ministerial de 1.964, especulándose en 1.967 la obligatoriedad de formar Terapeutas Ocupacionales para Hospitales Psiquiátricos.

En cambio, en Inglaterra la primera conferencia sobre Terapia Ocupacional se dió en 1.934, fundándose la Asociación de Terapeutas en 1.936. En Escocia se creó esta profesión y estructuró en 1.946.

Al estallar la guerra de 1.939 hubo una expansión acelerada de la Terapeútica Física organizandose cursillos castrenses - para enfermeras, fisioterapeutas, etc.

La Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales celebró sus primeros Congresos en los siguientes lugares:

I	Congreso Internacional en Edimburgo	(1.954)
II	" " " en Copenhague	(1.958)
III	" " " en Filadelfia	(1.962)
IV	" " " en Londres	(1.966)

La profesión auxiliar médica de Terapeutas Ocupacionales - ha quedado abscrita al "National Health Service" inglés en 1.960.

Este largo exordio no comprende ningún centro como entidad que se dedique a funcionamiento diurno, que sería un claro antecedente de lo que es una concepción actual del Hospital de Día.

Es el doctor Coshin de Oxford en 1.951 en el II Congreso Internacional de Gerontología cuando expone ya su idea de estrategia asistencial "abierta", sobre la base de una experiencia personal lograda en el Municipio de su demarcación, con la ayuda de - los agentes sanitarios asistenciales locales e Instituciones Voluntarias. Este primer Hospital de Día del distrito de Oxford surge - en marco del Hospital Geriátrico y comienza por actividad ludoterápica, favorecida por la participación de enfermos externos, parientes de los mismos, etc. Lo cual permite una descongestión de las

camas hospitalarias, disminuyendo la tasa de hospitalización y - los costes de asistencia.

Esto se difundió rápidamente por Inglaterra, pasando después a la Europa Septentrional.

Hoy día, en Inglaterra existen varios ejemplos de Hospitales de Día que no se parecen al descrito anteriormente, pues -- actúan fuera del contexto de Hospitales Geriátricos, encontrándose unidos a los Centros Sociales de Día y con servicios "a domicilio" municipales. Se trata de instituciones socio-sanitarias -- articuladas independientes, pero complementarias a otras entidades que pueden ser:

- a) Clubs de ancianos.
- b) Centros de Ergoterapia.
- c) Trabajos de terapia diurna.
- d) Reparto de rehabilitación.

Así, con distintos nombres funciona en los distritos de: Sunderland, Brombley, Durhan y el West-Midegexes.

En Dinamarca. - Los Centros de Día se reparten por distritos de las capitales, protegidos por el municipio y dotados de Gimnasio, sala de Iergoterapia y Terapia Ocupacional; cursos bien -- orientados para personas de la tercera edad. Así existen la Casa Albergue y la Hytbergard de Copenhague.

En Suecia. - Sus Centros de Día son especie de hospitales modernos sobre zonas verdes en la periferia de la ciudad, anejos a modernísimas Casas-Albergues, construídas enteramente por la - comunidad y en las cuales se practica una iniciativa psicoterápica junto a la Terapia Ocupacional, aunque cuentan con modernos laboratorios de hilatura como laborterapia. Su gimnasio acoge a 50 pacientes y es asiduamente frecuentado por ancianos del barrio a que pertenece, los cuales practican allí Cinesiterapia y Ergoterapia de tipo individual. En más amplio aspecto se promociona la ayuda a do

micilio sobre todo tipo de invalidez, destacando en este tipo de asistencia las Casas de Retiro, parecidas a nuestras Residencias de Ancianos, de índole estatal o de subvención particular, prestando a la vez una ayuda a domicilio por las Comunas, cuya actuación es obligatoria por la Ley, siendo gratuita si el anciano no tiene medios económicos. Si los tiene, la ayuda es proporcionada a su cuantía.

Hoy día, este sistema tiende a sustituirse por alojamientos protegidos, donde se les ayude con las formas antedichas, recibiendo en dicho lugar una asistencia diaria de enfermera, si el médico de cabecera lo juzga conveniente.

En Noruega. - En cada NURSING HOME hay un Hospital de Día con capacidad para 20-30 pacientes, donde acuden tres veces a la semana.

Es de anotar aquí como en este país existen 25.000 camas para crónicos en la actualidad, queriendo alcanzar la cifra de -- 37.000, por lo cual la evacuación de este tipo de enfermos es relativamente fácil.

En Polonia. - La organización de estos Centros diurnos se ha efectuado como iniciativa comunal; así sucede en Varsovia donde ha comenzado como una atención parcial de su población (80.000 habitantes). Este Centro de Día está subvencionado por cuenta de la comunidad, poseyendo locales autónomos de propiedad comunal.

En Holanda. - Este tipo de asistencia se hace bajo un enfoque más global, por lo cual el beneficio a los ancianos se realiza de una manera más ejemplar. Por ejemplo, el CENTRO MUNICIPAL DE ROTTERDAN dispone de 100 puestos de Rehabilitación abierta; el Hospital Municipal de Anhen de 34 puestos, etc.

Otros centros de rehabilitación de este tipo existen en Dortinchen, Bolsward y Haarlem.

En Suiza. - Existe como elementos prefabricados, dispues

tos en el ámbito de Hospitales Generales, realizando diversos trabajos en servicios abiertos. Un ejemplo de ello podía ser el Hospital General de Zoonestraal. En el canton de VAUD fué creado un Hospital de Día Geriátrico y Psicogeriátrico donde realizan ingresos de un solo día para chequeos y tratamientos de mayor estancia, para facilitar la vuelta del anciano a su domicilio.

En Italia. - Ultimamente, se están multiplicando la proliferación de Hospitales de Día, según el modelo anglosajón, como sucede en la Comunidad de Padora, con intervención de la Administración Municipal.

En Francia. - Existen niveles asistenciales de este tipo como en el XIII Distrito de París, llamándose Centros de Tratamiento de Día, acudiendo los ancianos para recibir asistencia de enfermería, fisioterapia, ergoterapia, pedicuro, consejos dietéticos, terapia de grupo, etc.

EL CESPA (Centro de Estudios Sistemáticos de la Salud para personas de Edad Avanzada) de GRENOBLE orienta a los ancianos en Socioterapia Preventiva, tratando de promover su autonomía social y poniendo en práctica medidas psicoterápicas, de cinesiterapia, Terapia Recreativa, etc.

En los últimos planes socioeconómicos franceses se vienen desarrollando un aumento de prestaciones asistenciales de las personas de edad.

Actualmente funcionan cinco Centros de Día: dos en París y tres en provincias (Toulouse, Nimes), estando previstos trece en ciudades de más de 50.000 habitantes.

En Estados Unidos. - Podía ponerse de modelo el Centro Médico de los Cedros de SINAI, donde a la vez de una Unidad de Cuidados Continuados, existe un Centro de Día Geriátrico, en el cual se rehabilita al paciente anciano, planificando su autoayuda. En sesiones interdisciplinarias se invita a sus familiares y médico de ca

becera, para que participen en las distintas evaluaciones y evoluciones. El tipo de pacientes que atienden son seleccionados -- por los mismos médicos, que los atendieron en la fase aguda de su enfermedad.

Todos estos ejemplos demuestran la progresiva evolución estructural y funcional de los Hospitales de Día en la Europa de sarrollada, teniendo una serie de características comunes:

- Que han evolucionado hacia un tipo de actividad preventiva extrahospitalaria, no solo con controles sanitarios periódicos, sino también con campañas culturales, iniciativas sociales, etc.
- Procuran la concentración en un único lugar de instrumentos y personas cualificadas para la práctica rehabilitadora, aunque respondan también a otras necesidades asistenciales.
- Que suelen ser autónomos, aunque conectados a instituciones y se distribuyen por barriadas con objeto de -- un acercamiento eficaz al enfermo, pero procurando mantener a éste inserto dentro de su ambiente natural.

1.5. - INTRODUCCION Y JUSTIFICACION DEL TEMA.

INTERES PERSONAL EN EL DESARROLLO DE ESTA TESIS

El aumento de población pasiva, reconocida mundialmente - como fruto del desarrollo económico-social y de los medios terapéuticos de la medicina actual, crea los inconvenientes económicos de tener que soportar las generaciones activas un aumento de ancianos que deben vivir a sus expensas.

Pero si esta población se encontrase dentro de los límites - fisiológicos de independencia no supondría tanto trastorno como el arrastre de incapacidades involutivas o patológicas que hacen difícil el desenvolvimiento de las relaciones sociales, actividades familiares, deambulación, etc. Impedir la aparición de estas discapacidades es una tarea noble y cualquier intento de paliarlas o lograr que no aparezcan merece una dedicación entusiasta.

El hecho de haber convivido desde muy joven en un ambiente de trato continuo y haber padecido dentro de nuestro ámbito familiar con pacientes que requerían silla de ruedas para cualquier traslado banal, justifica en cierto modo nuestro apasionamiento en la puesta en marcha de un centro con objetivos claros de paliar secuelas o impedir apariciones de incapacidades de enfermedades de tipo degenerativo neurovasculares, deformantes, etc. El poner a disposición de este tipo de pacientes una forma realista y factible de tratamiento rehabilitador y no el clásico medicamentoso, puede hacer real una contribución a la gran empresa que es la atención geriátrica, en favor de los ancianos.

Parte de esta misión debe consistir en un contacto constante con los familiares de los pacientes, a fin de sembrar en ellos - parte de nuestras obligaciones y favorecer una total reinserción -- del anciano a su entorno familiar posteriormente.

Si además de poner en práctica todas las enseñanzas que -

nuestros maestros, bibliografía extranjera consultada y Centros mo
délcos vistos afuera, le conferimos un caracter genuinamente es
pañol habremos conseguido nuestras más caras ilusiones.

La Gerontología como ciencia nueva está en boga en la so-
ciedad actual, quizá por defensa egoísta que el aumento de enveje-
cimientos produce en el resto de la población.

La longevidad se produce debida a causas multiples: avan-
ce de la medicina, aumento del nivel de vida, trasvase demográfi-
co de unas zonas a otras y disminución de la frecuencia bélica.

Ante este hecho consumado, cualquier clase de asistencia -
médica que se plantee la administración, debe tener en cuenta las
peculiaridades de la vejez y las modificaciones que actualmente --
atraviesa la estructura familiar, por las implicaciones psicológicas
que pesan sobre la personalidad del anciano.

La incapacidad del medio familiar actual para seguir ocupan-
dose adecuadamente de sus mayores ha obligado a la sociedad a -
traspasar estas obligaciones a organizaciones profesionales, para
tratar de paliar esta problemática.

Pero como ocurre que si determinados países por moti-
vos culturales o económicos no tienen planificadas estas estructu-
ras de asistencia geriátrica, acaba produciendose una sobrecarga
sobre los restantes servicios de salud, ocasionando un desequili-
brio de asistencia por demanda excesiva de atenciones médicas.

El anciano que ha perdido su autoridad familiar, su presti-
gio social y alegría natural por falta de motivaciones, prefiere --
una vida protegida en instituciones sanatorias, psiquiátricas o de
rehabilitación, dificultando las altas y ofreciendo reparos para in-
greso de pacientes de otras edades más justificados; a la vez és-
to quita la oportunidad al senecto de seguir observando y viviendo
los embates familiares, rompiendo el ciclo familiar.

Esta desaparición progresiva de la familia tradicional aca-

rrea la modificación de responsabilidades de las autoridades sanitarias, las cuales están imperativamente obligadas a detectar las necesidades de los ancianos acogidos a su cuidados, debiendo tener previstos los correspondientes servicios de Salud y Asistencia Social para atenderlos sin que represente un desembolso económico de tipo esporádico.

Más teniendo en cuenta la vulnerabilidad del paciente geriátrico, con aumento de morbilidad al bajar las cifras de mortalidad e incremento de procesos crónicos sobre los infecciosos.

Si consiguiésemos hacer una adecuada prevención de estos procesos crónicos que predominan en nuestros hospitales y que acaparan la mayor parte de esfuerzos clínicos, lograríamos un objetivo de interés social y económico para canalizarlos a otras estructuras más indicadas y menos costosas: parahospitalarias, extrahospitalarias, asistencia domiciliaria, etc.

Entre ellas destacamos preferentemente nuestra forma de -- asistencia : HOSPITAL DE DIA.

1.6. - AGRADECIMIENTO

En el año 1.971, despues de diversas vicisitudes en el ejercicio de nuestra profesión, tan dispares como actuaciones médicas castrenses, cirugía plástica y puericultura, que no tienen relación alguna con el tema elegido, por gestión personal y confianza exagerada (a veces no compartida por parte nuestra) del doctor Guillén Llera, sobre nosotros, tuvimos la inmerecida suerte de comenzar a trabajar en el Dispensario Geriátrico del Hospital Central - de la Cruz Roja, que por aquella época pasó a ser servicio de Geriatría independiente, como uno más de dicho hospital.

El jefe del mismo, doctor D. Alberto Salgado Alba desde - el primer momento solo tuvo cordialidad en su trato humano, comprensión con nuestros errores, estímulo y dirección con nuestro progreso y superación del trabajo diario. La ampliación que supuso la -- creación de una Unidad Geriátrica de 32 camas, con la dotación de un personal médico y paramédico con gran dedicación y preparación, prendieron en nosotros la llama geriátrica que dieron sentido a nuestras posteriores actuaciones.

Aparte de nuestros jefes directos, ya citados, la comprensión, tratamiento paritario y enseñanza constante que nos prestaron los doctores Díaz de la Peña y García Fernández hicieron para nosotros una estancia continuamente agradable en nuestro ejercicio - profesional hospitalario.

Las directrices primeras instauradas por el doctor Salgado Alba fueron de asistencia médico-sanitaria a domicilio en la III - Asamblea Local de la Cruz Roja en la calle Hortaleza, realizando la primer ayuda a domicilio del Servicio.

En 1.975 tambien por iniciativa del doctor Salgado Alba y - con la aquiescencia del hospital realizamos con aptitud el primer - Curso de Medicina Preventiva Hospitalaria, organizada por la Escuela la Nacional de Sanidad y bajo el patrocinio del I.N.P. Durante --

estos dos últimos años con objeto de completar nuestra formación dentro de la geriatría, hemos asistido y aprobado la especialidad de Rehabilitación, en el Centro de Rehabilitación de la Dirección General de Sanidad. Durante todos estos años nuestra vida académica se ha centrado en todas aquellas actividades que nuestros servicios nos han impuesto: redacción coparticipante del libro "Gerontología y Geriatría" dirigido a enfermeras y asistentes sociales, - Cursos de Geriatría para Médicos y de Orientación Geriátrica para A. T. S. y Asistentes Sociales, diferentes mesas redondas en distintos lugares e instituciones, habiendo asistido como asistentes o comunicantes a los distintos Congresos que se citan:

Internacionales de Geriatría:

San Remo (1965), Kiev (1973), Manchester (1974),
Tel Aviv (1975).

Internacionales de Rehabilitación:

México (1974).

Nacionales de Geriatría:

Logroño (1972), Salamanca (1973), Tarragona -
(1974), Mallorca (1975) y Málaga (1976) como ponente en la mesa redonda "Medicina Rural en Geriatría".

II Congreso Nacional de Hospitales (1973).

Asistimos como participantes también a los siguientes Simposios:

III de Coordinación hospitalaria en Valencia (1973).

IV de Coordinación hospitalaria en Madrid (1974).

I de Medicina social en Madrid (1974) e

Iberoamericano de Rehabilitación (1976) como parte de una ponencia.

Por último, asistimos a los seminarios de "El hospital ante las catastrofes" y "Psicogeriatría en la tercera edad" ambos en Madrid (1976).

Todas estas actividades han configurado nuestra mente y --ejecutoria, marcandonos motivaciones suficientes para una única finalidad profesional: EL CAMPO GERIATRICO.

De entrada sabemos y pedimos perdón por ello de involuntarios olvidos de personas que, de una manera rápida pasaron por nuestros servicios y sin embargo configuraron ayuda inestimable -- en el desempeño de nuestra labor, aunque vamos a intentar citar a todos aquellos que influyeron de manera clara y decisiva en el desarrollo del Hospital de Día:

La idea original de fundación de este nivel asistencial fué promovida, dirigida y provista de medios por el doctor D. Alberto Salgado Alba que consiguió gracias a su prestigio la ubicación de -- dicho centro dentro del Hospital Central de Cruz Roja.

El doctor D. Francisco Guillén Llera fué el motor pujante de la puesta en marcha de esta unidad asistencial. Su claridad de ideas, su poder de organización e incansable energía fueron nuestro mejor soporte para las dificultades encontradas.

Sin el equipo paramédico, imprescindible en cualquier tarea hospitalaria pero insustituible en centros de este tipo, que pusieron a nuestra disposición sus conocimientos teóricos y prácticos, -- no hubiera sido posible alcanzar el objetivo encomendado.

Nuestro agradecimiento más cordial a la señorita D^a. Elena Navajo Fernanz, nuestra Terapeuta Ocupacional especializada en -- Geriatría, verdadera realizadora de la mejoría funcional de nues--tros pacientes y ambientadora normal por su dedicación del Hospital de Día.

La parte de enfermería fué siempre cubierta sin enojos, dis--cusiones y con ejemplar sobriedad y eficacia por la Sr^a. D. Ana

Pérez Gascón.

La parte oculta pero meritoria de estadística, organización administrativa y "Planning" de este centro fueron realizados por la señorita D^a. Mercedes Pérez de los Cobos.

La ingrata, pero importante labor que requiere extraordinaria vocación y dedicación de Auxiliar de Clínica ha sido ejecutada por la Srt^a. Margarita Casero García.

Al incrementarse la asistencia en número o patología de ancianos o por imperativos mayores, como ausencia de nuestra persona en ocasiones esporádicas, fué siempre cubierta por el doctor D. José M^a. Mohino de la Torre, cuyo agradable trato y eficiencia personal mejoró nuestra asistencia.

Al resto de compañeros en quehaceres profesionales: enfermeros, choferes, del microbús, fisioterapeutas, y a todo el Servicio de Rehabilitación de nuestro hospital, encabezado por el doctor D. Rafael González Mas y D. Juan Parreño Rodríguez no podemos dejarles de recordar como verdaderos artífices de las prestaciones que esta variedad de asistencia geriátrica haya podido beneficiar a la ancianidad atendida en nuestro centro de Día.

Nosotros no hicimos sino aprovechar sus conocimientos y -acciones para arbitrarla realización.

Por último, y a proposito, quiero rendir mis más expresivas gracias al Profesor D. Gonzalo Piédrola Gil que llevado de su constante preocupación, orientación y dirección, hizo posible la --lectura de este trabajo, dados nuestros ignorantes conocimientos -en estas lides académicas.

Sin embargo, este capítulo quedaría incompleto sin rendir homenaje y gratitud a nuestros ancianos, protagonistas de nuestro -presente estudio, que siempre al profundizar en sus recuerdos nos enseñaron algo.

CAPITULO II

2.1. – Planificación del Hospital de Día: Medios Materiales.

2.1.1. – Transporte del Hospital de Día.

2.1.2. – Programa del Hospital de Día.

2.1.3. – Distribución de las funciones del Hospital de Día.

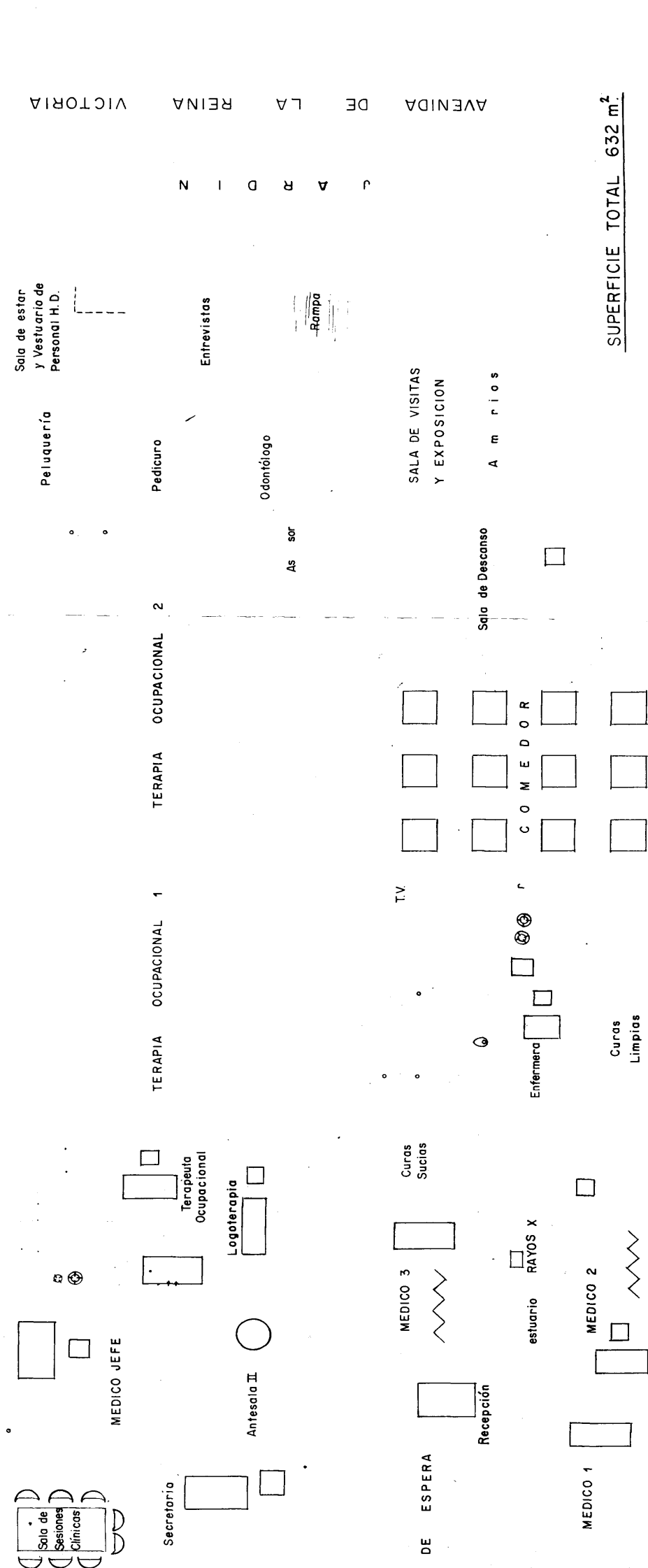
2.2. – Dotación de personal del Hospital de Día.

2.3. – Medios docentes y de investigación clínica.

2.4. – Mecánica de la Asistencia Geriátrica.

DE LA CRUZ ROJA

RTAMENTO DE GERIATRIA



SUPERFICIE TOTAL 632 m²

DISPENSARIO (1/3 del total) + HOSPITAL DE DIA (2/3 del total)

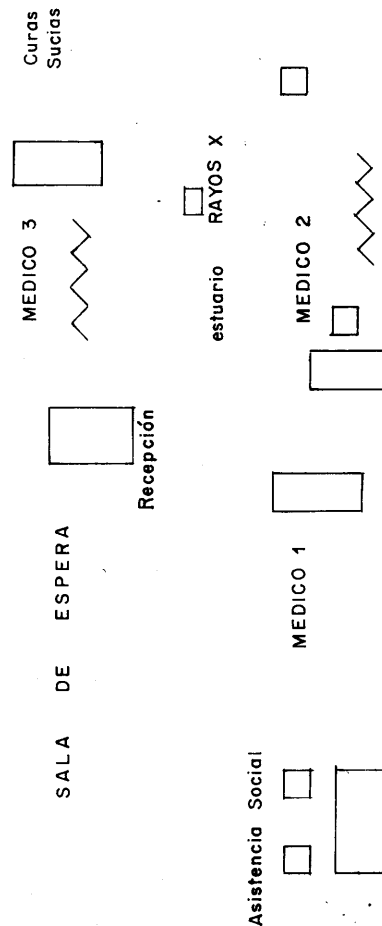
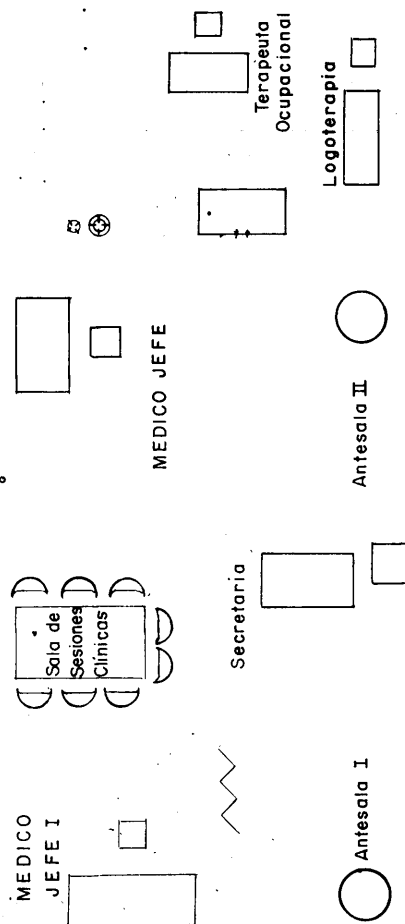
ESCALA 1:100

AVENIDA DE LA REINA VICTORIA

C A R D I N

HOSPITAL CENTRAL DE LA CRUZ ROJA

PLANTA DEL DEPARTAMENTO DE GERIATRIA



TERAPIA OCUPACIONAL 1 TERAPIA OCUPACIONAL 2

T.V.

Sala de

r

Enfermera

Curas Limpias

estuario RAYOS X

MEDICO 2

MEDICO 1

Asistencia Social

C O M E D O R

C O M E D O R

2. 1. - PLANIFICACION DEL HOSPITAL DE DIA: MEDIOS MATERIALES . - Se adjunta Plano.

La obtención de un espacio para un centro que va a aglutinar distintas secciones con funciones dispares y fines distintos, obliga a disponer de un local físico suficientemente amplio , con posibilidad de establecer en el futuro diferentes niveles de asistencia progresiva.

Naturalmente esta idea irá condicionada a que esté nivel asistencial se encuentre ubicado dentro de un Hospital General o sea independiente de él. En cualquier caso debe consultarse con los distintos profesionales del equipo del Hospital de Día, considerados como especialistas en su campo respectivo.

Arquitectura. - La distribución de las distintas areas geográficas para los diversos sectores que forman el Hospital de Día deben cumplir la doble función básica de toda construcción hospitalaria:

- 1). - Función de asilo, hospitalidad, que es una actividad - eminentemente social, dando a la palabra hospital un - signo histórico de cobijo, aunque parezca reñido con - la visión moderna hospitalaria.
- 2). - Función diagnóstico-terapéutico, promoviendo la salud de la comunidad a la que sirve, con una función activa, terapéutica y a la vez con una unidad empresarial de tipo social, pero que exige una participación del personal que trabaja en ella.

A esto se podría agregar que es un centro pequeño de promoción de salud para el sector asistencial que le corresponde.

Al encontrarnos en una fase del proyecto del nuevo Hospital de Día, que se va a efectuar dentro del Hospital Central de la Cruz Roja, podemos con criterio autorizado dar fe de las distintas fases

por las que atraviesa su construcción:

- Fase de Prediseño: redacción de criterios funcionales y programación metodológica.

- Fase de diseño: evaluación de las distintas alternativas de diseño y desarrollo de una solución arquitectónica.

- Fase de construcción: contratación de la obra, control de costes y organización del proceso de construcción.

La evaluación del proyecto corresponde a sus necesidades:

- Condiciones sanitarias de la zona que debe atender.
- Condiciones socio-económicas reales.
- Planta física adecuada, bajo el punto de vista arquitectónico.

La finalidad de su competencia coordina con el tipo de servicios que va a prestar, teniendo en cuenta los servicios hospitalarios existentes en el sector, ya en funcionamiento.

Sus funciones generales satisfacen la necesidad de asistencia de la zona y la demanda asistencial, contando con medios económicos y técnicos para cubrir ambas.

La descripción detallada de los planos escapa al alcance de este trabajo. De todos modos, en general debe comprender:

- 1).- Una sala de tratamiento con zona de espera y guardarropa.
- 2).- Zonas administrativas.

El ambiente material debe determinar una influencia sobre el anciano, por lo cual debe hacerse con una presentación sugestiva tanto de elecciones de material (superficies mates, más madera y cuero que acero y cristal, etc), colores positivos (que predomine el beige, verde, azul, etc,) para dar sensación de calor

y simpatía, iluminación con luces intensas sin producir deslumbramiento en salas de reconocimiento y de terapia, y lámparas reflejas en recepción, sala de espera, etc. El mobiliario debe mostrar formas claras y suaves con muebles estéticos,comodos, pero te--
niendo en cuenta que van destinados a pacientes añosos con lo cual tienen que cumplir ciertas condiciones: respaldos altos, asientos - no duros ni excesivamente mullidos, etc.

Las zonas de tipo médico irán adaptadas a su función pero evitando si podemos "la sinfonía en blanco", antes usual, predominando tonos finos y suaves.

Hay ciertos puntos arquitectónicos insalvables que hay que recordar:

1). - Accesibilidad:

- Piso único, si es posible.
- Rampas anejas a escaleras para facilitar subida de -
sillas de ruedas, con una inclinación máxima del 8 ó
6% de pendiente para tramos de 8 a 15m., la anchura
recomendable es de 90 a 100 cm.
- Entrada cubierta para los pacientes que vienen en microbús al centro.
- Relación fácil con otros departamentos que estén dentro del edificio como el ascensor, cuyas puertas deben tener un mínimo de ancho de 70 cm. y los botones a una altura no superior de 1,25 cm. para tener alcance desde una silla.
- Las puertas y pasillos han de tener una anchura mínima de 90 cm., lo cual se puede ampliar por ser convenientes pasamanos colocados en uno de los paramentos.

2). - Los cuartos de baño deben tener una dimensiones mínimas de 2 x 1,70 cm. con el objeto de permitir la entrada con sillas

de ruedas. Sus lavabos no deben tener pie, estando colocada su altura máxima a un borde superior de 80 cm. Los aparatos sanitarios circundantes deben disponer de barras para ayudar a levantarse. Las duchas deben disponerse sin plataforma ni base. En las bañeras deben instalarse asientos fijos, teniendo el suelo algún elemento antideslizante.

3).- El suelo de las zonas generales y especializadas debe ser distinto: antideslizante el de tránsito, liso y fácil de limpiar el del area sanitaria y terapias.

4).- Instalación electrica: Se debe preferir la corriente alterna trifásica, con voltaje suficiente para los distintos aparatos de electroterapia o electrodiagnóstico. Debe haber a tramos pequeños múltiples interruptores de luz, con altura máxima del suelo a 1,25 para utilizarse con facilidad.

5).- Los bordes y techos de las distintas piezas deben ser romos para una fácil limpieza.

6).- Las puertas que separan a secciones grandes deben ser correderas, preferibles a las de vaiven que deben reservarse para entrada y almacenes.

7).- Calefacción: debe ser tibia y sin altibajos con fácil regulación desde el propio centro.

8).- Ventilación adecuada: por medio de persianas, ventiladores, continas, etc., si existe gran superficie acristalada.

9).- Materiales de construcción ininflamables, sobre todo en el techo.

10).- Los muebles deben ser facilmente desplazables y acoplables con altura adecuada, para ancianos de asientos y mesas.

11). - Profundidad suficiente en estanterías con objeto de — aumentar su capacidad por la gran cantidad de materiales que se usan en este tipo de asistencia específica.

12). - La fontanería es un capítulo importante donde se va a hacer terapia laboral, por lo cual debe haber un aporte suficiente de puntos de instalación.

Para hacer más grato el "habitat" se puede instalar:

- Hilo musical que distribuído entre las distintas secciones podrá ejercer estimulación al trabajo, facilitar el descanso, relajajar, etc.

- Profusión de plantas por medio de macetas, jardinerías , etc, dando sensación de hogar o taller, mas que de hospital.

- Cantidad de cuadros de tipo alegórico según la temática que se desee.

- Jaulas con pájaros trasmitiendo alegría vital.

- Relojes suficientes en puntos estratégicos por lo dado - que es el anciano a controlar el día.

- Intercomunicadores distribuídos a lo largo del departamento con el objeto de localizar facilmente al personal, pacientes, etc.

Distribución geográfica del Hospital de Día. - La ubicación - para el centro está situada en un ala de la planta baja del Dispensario del hospital, Avenida de Reina Victoria, nº 26, con una distribución correspondiente al plano que se adjunta y que una manera descriptiva es:

1). - Rampas-escalera de entrada desde el patio central del ambulatorio. Este se utiliza por las tardes como jardín que exíste en zona protegida para efectuar terapia recreativa (jardinería).

2). - Dependencias interiores que se dividen a su vez:

A). - Sociales: dentro de las cuales podemos distinguir:

1. - Una sala de entrada y hall amplio con sala de espera, en uno de cuyos frontales existe vitrina encristalada para exposición constante de labores efectuadas por los pacientes. En otro paramento, armarios empotrados para guardar prendas de abrigo de los distintos enfermos.
2. - Sala de entrevistas por solicitud de familiares que se interesan por sus enfermos, en la cual deben existir libros, revistas y hasta juguetes para posibles nietos.
3. - Salón-comedor con múltiples funciones y con cantidad suficiente de mesas y sillas para -- servir de:
 - Comedor a la hora del almuerzo.
 - Sala de sobremesa con juegos recreativos postprandiales: dominó, parchís, etc.
 - Salón de televisión con instalación del aparato en un frontal elevado.
 - Mostrador-bar donde se servirán bebidas u otros servicios adecuados a este tipo de pacientes, a bajo coste.
4. - Sala de descanso, aneja a la anterior y franqueable por puertas plegables. Existe una sala rectangular, con hamacas reclinables donde los ancianos despues de la comida si lo necesitan o desean pueden disfrutar de relajamiento físico, aunque no es deseable un sueño profundo.

5. - ~~Salón~~ de Peluquería contratado a ciertas horas con peluquero particular que atiende la higiene y estética capilar de los ancianos - de ambos sexos.

B). - Dependencias de Terapia. - Estas dependencias - las dividimos según su tipología en:

1. - Rehabilitación.
2. - Enfermería.
3. - De especialidades.

1. - Rehabilitación. - Existen dos vastísimas salas, que serán lo mejor del centro por la importancia de este tipo - de terapéutica:

- Sala de Terapia Ocupacional donde se encontrará - estratégicamente distribuido todo el material necesario para ejercitar las distintas técnicas de terapia ocupacional:

-- Ergoterapia. - Con sus distintas secciones de carpintería, alfarería, mimbre, estaño,, telares, maquinas de coser, de tricotar, etc.

-- Terapia Recreativa y Educativa, que consta de - piano, librería, pecera, dardos, bolos, etc.

- La otra sala está separada por puertas plegables -- que la pueden tornar en sala única con la anterior, al ser practicables. Contiene distintos aparatos de pequeña rehabilitación:

- Rueda de hombro.
- Parrillas con suspensoterapia, colgadas del techo.
- Escala de dedos.
- Cuadro de adaptaciones, etc.

- Sala de Actividades de la Vida Diaria. - Tambien formando parte del sector, existe otra sala practicable - por puerta corredera, en la cual los pacientes ejecutan - una terapia fundamental para lograr su autosuficiencia: - actividades de autoayuda.

En esta habitación existen:

- Una cama normal con ropaje para práctica diaria.
- Una cocina ambivalente (gas y eléctrica), con horn_o, fregadero, nevera y armarios anejos donde - se simula toda clase de manejos diarios del ama - de casa.
- Tabla de planchar para ensayo de tal menester.
- Lavadora automática.
- Menaje suficiente: cubiertos, tazas, pucheros, sar_{tenes}, etc.

- Despachos de Terapeuta Ocupacional con superficies reducidas pero suficientes para aislamiento o consulta priva_{da} con determinados enfermos, en ocasiones.

2. - Enfermería. - Esta zona comprende:

- Despacho de médicos geriatra. - En él tiene lugar - el primer contacto con el paciente o revisiones sucesivas, implan_{tando} diagnósticos, tratamientos, etc; tendrá suficiente instrumen_{tal} para dichos menesteres.

- Cuarto de enfermería. - Anejo al anterior y de actua_{ción} simultanea. En él se realizarán curas, sondajes, inyectables, etc, requiriendo el equipamiento necesario.

- Cuarto de vigilancia. - Se dispondrá en él una cama para internamiento imprevisto y necesario de algún paciente que - presentará algún cuadro importante (síncope, infarto, hipoglucemia,

etc.) donde solo se le retendrá el tiempo imprescindible hasta ser evacuado a otro nivel asistencial. También se utilizará para administrar aerosolterapia, electrocardiogramas, etc.

- Sala de Radiodiagnóstico. - Estará aneja al despacho médico con instalación de aparato de Rayos X, tipo monobloc, muy práctico, para radioscopias de control, etc.

- Vestidor. - Cuarto muy pequeño que cubra las necesidades lógicas de desvestirse de los pacientes requeridos a radioscopia.

3. - De especialidades. - Existen cuatro salas de reducidas dimensiones para especialidades imprescindibles dentro de la problemática asistencial de este tipo de centros:

a). - De Logoterapia, con menaje e instrumental necesario para la rehabilitación del lenguaje en su doble aspecto: logopédico y foniátrico (espejos, test, sillas, etc.), reuniendo el aislamiento necesario para lograr la concentración exigida a este tipo de tratamiento.

b). - De Asistencia Social. - Aunque podía estar ubicado independientemente este centro, lo tiene integrado. En este despacho se tramitan entrevistas, consultas, fichas sociales, etc.

c). - De Pedicuro. - Con el montaje necesario para la eficaz curación de afecciones de los pies, tan necesaria en lograr la independencia de los ancianos.

d). - De Psicólogo, de Odontólogo, de Otorrinolaringólogo y Urólogo no existen espacios materiales, - pues al estar integrados dentro de un Hospital -

General se traslada a los pacientes a las respectivas consultas de éstos.

C). - Dependencias de Servicios comunes. - Aparte de las salas de comedor y descanso que hemos descrito como salas de servicios sociales tenemos:

1. - Cocina. - Se encuentra situada detrás del mostrador-bar con apertura al comedor mediante "office", por donde se sirve las comidas.

Se trata de una cocina secundaria, donde se atienden dietas "standard" para enfermos y personal del Hospital de Día, mientras que las comidas con dietas especiales vendrán de la cocina general del Hospital.

2. - Almacén. - Con suficiente amplitud para guardar los productos no perecederos de la cocina y materiales necesarios para la terapia Ocupacional: mimbre, madera, etc.

3. - Servicios Higiénicos. - Deben existir varios (cuatro o más) por las condiciones físicas especiales de los ancianos como son las incontinencias. Deben tener las reformas y adecuaciones especiales que hemos expuesto en las barreras arquitectónicas, con separación expresa para ambos sexos.

4. - Sala de sesiones. - En la cual se debe reunir periódicamente el equipo de Hospital de Día para decidir tratamientos, conductas a seguir por el enfermo, con asistencia o no de éste o sus familiares.

5. - Sala de estar y vestuario del personal. - Con abundancia de armarios para desvestirse y guardar su ropa al comienzo o final de la jornada laboral.

Todas estas dependencias para ejercer mejor sus funciones deben contar con una serie de inmuebles, aparatos y medios que sucintamente podemos relacionar en:

Mobiliario:

- Mesas de despacho y recepción.
- Sillas y sillones de acompañamiento de despacho.
- Mesas y sofás de salas de espera y antesalas, con - sus respectivas sillas.
- Gran mesa y respectivos sillones para sesiones clínicas.
- Múltiples armarios y ficheros de historias.
- Mueble-Bar.
- Alfombras de distintos tamaños y mesitas auxiliares con lámparas de ambientación.
- Biombo de separación.
- Camillas de reconocimiento, y hamacas de reposo.
- Sillones geriátricos especiales para ciertos enfermos, etc.

Servicios de intercomunicación:

- Intercomunicadores distribuidos por todo el servicio.
- Aparato de Hilo Musical con altavoces en casi todas las dependencias.
- Dictáfono para secretaria.
- Televisor, etc.

Aparatos de Rehabilitación y Terapia Ocupacional:

- Equipamiento necesario de ferretería y carpintería.

- Cuadro de actividades de la vida diaria, mixto, mecánico y eléctrico, con soporte graduable de altura, mediante ruedas giratorias.
- Telar de mesa para coordinación de miembros superiores con resistencia graduable y mesa - de terapia ocupacional.
- Serrucho adaptado con mangos dobles, especial de terapia ocupacional.
- Andadores y diversos tipos de muletas.
- Sillas de ruedas.
- Parrilla de suspensiones branquiales con varios juegos lastrados.
- Máquina de torcer alambre, adaptada a terapia ocupacional.
- Goniómetro de distintas medidas para medición de ángulos de movilidad articular.
- Banco de carpintero doble, especial para terapia ocupacional.
- Pirograduador a 220 voltios.
- Bicicleta ortopédica geriátrica.
- Telar de pedal, etc.

Utillaje clínico. - Aparte de la dotación suficiente de sondas de diversos tipos (uretral, nasogástrica, etc) y jeringas o agujas de material desechables deben existir imprescindiblemente:

- Electrocardiógrafo.
- Aparatos de Bennet para Aerosolterapia.
- Oftalmoscopio.
- Fonendoscopio y tensiómetro.
- Oscilógrafo. -

- Linternas y martillo de reflejos.
- Equipo de test psicométricos.
- Equipo de Pedicuro y de Odontología como opción.
- Aparato de Rayos X tipo monobloc.

Utillaje administrativo. - Debe existir un sistema de almacenamiento de la información, que sea asequible y fácilmente comprensible para todos los miembros del personal y en el cual existan referencias a todos los asuntos relativos a los pacientes, personal y materiales relacionados con el centro.

La organización de esta documentación debe ser guardada en receptáculos adecuados:

- Archivadores metálicos con formularios por orden alfabético, divididos en secciones.
- Máquina de escribir.
- Mesa y sillas adecuadas a esta sección.
- "Planning" como concreción de las actividades realizadas en el Hospital de Día.

Debe haber para todas las dependencias y equipamientos --' descritos un equipo de mantenimiento de estas instalaciones, con control de equipo y material, abastecimiento estudiado en cuanto a adquisición, selección y cantidades de los distintos materiales, teniendo una contabilidad exacta en libros de Debe, Haber y Mayor.

En nuestro caso todas las cuentas, facturas o registros -- son supervisados por la Secretaría General del Hospital, con conocimiento exacto de nuestro inventario actualizado.

2.1.1. - MEDIOS DE TRANSPORTE DEL HOSPITAL DE DIA

La característica más primordial del Hospital de Día es su funcionamiento diurno, lo cual conlleva la necesidad de que diariamente los pacientes aparezcan en el Centro y vuelvan a su hogar al finalizar la jornada terapéutica.

Muchos de ellos pueden venir por sus propios medios, otros son traídos por sus familiares, pero dada su patología de secuelas arrastradas logicamente contamos con un contingente de pacientes - importante a los que hay que transportar.

Esto solo se puede realizar mediante un vehículo de determinadas características, que cubra itinerarios prefijados para lograr una locomoción más eficaz y segura.

En síntesis el microbús debe reunir las siguientes cualidades:

- No tener excesiva capacidad, sino tratarse de un vehículo de ocho a diez plazas, puesto que su recorrido ideal sería el del sector de influencia, aunque en nuestro caso actual se extienda a grandes distancias por falta de una planificación sanitaria adecuada.
- La puerta de acceso debe ser amplia y con plataforma - elevadora para conseguir la subida y paso fácil a las probables sillas de ruedas que muchos de nuestros pacientes usan.
- Los pasillos, sobre todo en la parte aneja a la puerta deben tener la suficiente amplitud para facilitar el paso a muletas, sillas de ruedas, etc., dejando los asientos primeros reservados a este tipo de pacientes con handicaps.
- Cada asiento debe tener un cinturón de seguridad con el objeto de evitar caídas o golpes fortuitos que pueden acaer

cer con las vicisitudes de la circulación o ser debido a las pérdidas de reflejos o poder disminuido de reacción de este tipo de pacientes.

- La calefacción y la radio deben estar bien distribuídas - por todo el microbús con el objeto de proporcionar el confort suficiente del cual se pueden beneficiar todos los ancianos enfermos.

Debe haber un sitio reservado para el ayudante de conductor o enfermero, que será de vital ayuda al paciente: subir y bajar del autobús, de su piso, etc., -- auxiliado por el conductor, mientras el vehículo se encuentra estacionado.

- El conductor debe ser precavido en lograr una conducción suave, sin parones bruscos ni vueltas aceleradas, dadas las condiciones físicas de los viajeros que transporta.

Los circuitos deben ser fijados sobre el mapa ya que hay que buscar el recorrido más eficaz con el mínimo horario, eligiendo las vías a utilizar, avisando previamente a los pacientes en cuanto a los días y horas de recogida con el objeto de que se encuentren preparados cuando lleguen el transporte. Esto evitará molestias innecesarias al paciente y facilitará la prontitud y eficacia del servicio, consiguiendo llegar al hospital de día a la hora prevista de iniciación de la jornada terapéutica .

En la actualidad, dada la procedencia varia de los enfermos de hospital de día, nuestro microbús cubre dos itinerarios distintos en días alternos: la parte ESTE y OESTE de Madrid, lo cual dificulta el transporte, no se suele ajustar a la hora prevista y obligada a que necesariamente todos los pacientes acudan en días alternos.

Como la próxima actuación de nuestro Departamento en asistencia geriátrica es la de Ayuda a Domicilio al Sector de Influenza, evitará los largos desplazamientos, tendrán prioridad de ingreso en Hospital de Día los pacientes ubicados en dicho sector, con indicación precisa y se podrán realizar dos o más viajes, dada la cercanía de los distintos domicilios.

2.1.2. - PROGRAMA DEL HORARIO DE ACTIVIDADES

Este programa no es simultáneo para todos los pacientes como hemos dicho, sino que de una forma rotatoria van pasando por las distintas secciones, coincidiendo únicamente a la hora - de la comida y durante el servicio social de grupo.

Con estas matizaciones despues de la llegada de los microbuses se ajusta el siguiente horario:

- 10,00 h. Comienzo de jornada. Café y distribución de grupos.
- 10,30 h. Rehabilitación física.
- 11,30 h. Terapia Ocupacional (Ergoterapia).
- 12,30 h. Terapia Ocupacional (Recreativa).
- 1,30 h. Comida y sobremesa.
- 3,00 h. Terapia Ocupacional (Educativa).
- 4,00 h. Servicio Social de grupo.
- 5,00 h. Café o té.
- 5,30 h. Salida.

Esta división irreal sirve de guía. En realidad todas las secciones funcionan continuamente y son los grupos de pacientes los que van ejecutando el tratamiento prescrito, al pasar en lapsos horarios descritos, en dichas secciones.

2.1.3. - DISTRIBUCION DE LAS FUNCIONES DEL HOSPITAL DE DIA

Las principales funciones del Hospital de Día las programamos en razón de horario y distribución en grupos de enfermos - con similitud diagnóstica, de tratamiento, con el objeto de que su cesivamente vayan pasando por las distintas secciones que componen dichos centros; estas secciones son:

A) SECCION CLINICA:

- Visita médica diaria.
- Exámenes biohumorales para diagnósticos, evolución o despistaje a enfermos de alta riesgo.
- Eventualidad de casos urgentes en pacientes albergados en nuestro centro.
- Terapia Funcional Respiratoria (Aerosolterapia).
- Exámenes instrumentales específicos (Electroencefalograma, radiodiagnóstico, test mentales, etc.).
- Asistencia específica de enfermería: cambio de sondas permanentes e incontinentes urinarios, curas de úlceras varicosas, inyecciones de insulina en diabéticos, etc.
- Terapia especializada : extracciones dentales, psicoterapia, extracciones de tapones auditivos, etc.

B) SECCION DE REHABILITACION :

- Cinesiterapia con reeducación motora.
- Terapia ocupacional en sus diversas facetas.
- Terapia respiratoria.
- Terapia de grupo rehabilitadora con ejercicios afines.
- Ludoterapia en espacios abiertos.
- Actividades de la vida diaria.
- Logoterapia de disfásicos.
- Rehabilitación de cardiópatas, etc.

C) SECCION DE ASISTENCIA SOCIAL:

- Terapia social de grupo.
- Entrevistas con la familia y soluciones posibles de - problemas sociales.
- Información jurídica con problemas que se pueden planear a los ancianos respecto a tramitación burocrática, pensiones, etc.
- Extensión de dicha asistencia al domicilio del paciente si éste vive solo, por cuanto retorna por la noche a - su hogar.
- Actualización constante de ficheros sociales.
- Organización de excursiones, vistas, etc., con participación de los propios enfermos.

D) SECCION DE TRANSPORTE: Tiene que reunir unos medios materiales que son:

- Microbuses con adaptaciones especiales a transporte - de ancianos discapacitados (mayor anchura de pasillos, plataformas elevadoras a las puertas de acceso de posibles sillas de ruedas, cinturones de seguridad en cada asiento, etc.
- Personal suficiente y adecuado: conductor de primera y personal auxiliar para ayudar al anciano en su traslado (dos enfermeros).

Este sistema de transporte debe cubrir itinerarios móviles según las altas o bajas de los distintos - enfermos que se benefician de este medio asistencial. Aunque nuestros circuitos actuales se extienden a todo Madrid dividiéndose en la parte Este u Oeste de la ciudad, lo ideal sería que se circunscribieran al "sector de influencia", zona geográfica próxima al centro, lo - cual facilitaría la recogida y devolución de los pacientes.

tes en sus respectivas residencias, cumpliendo mejor la jornada laboral.

F) SECCION DOCENTE. - Comprende las siguientes actividades:

- Charlas y sesiones conjuntas del personal del "Staff" con enfermos y sus familiares.
- Entrega mensual de resumen de movimientos y progresos de enfermos, con diagnóstico, evoluciones y tratamiento.
- Memoria anual del movimiento total del Hospital de Día.
- Archivo con almacenamiento de fichas, historias complementarias y distintas vicisitudes de cada enfermo dado de alta, con especificación de su evolución posterior a su salida de este centro, lo cual indica una atención - continua en sus seguimientos.
- Practicas de postgraduados en Cursos Geriátricos, destinados a personal médico o paramédico.

2.2. - DOTACION DE PERSONAL DEL HOSPITAL DE DIA

Como es habitual en la práctica moderna de cualquier actividad de asistencia sanitaria la actuación unipersonal es inoperante. Hoy día el trabajo en equipo se impone para una mayor efectividad, es una suma de esfuerzos de varias personas que - aún su experiencia, formación y estímulos profesionales para la consecución de un fin común, reuniéndose periódica y regularmente para tratar el progreso o deterioro del paciente dentro del contexto de su enfermedad.

En el Hospital de Día este equipo está formado por personas de distinta procedencia y con responsabilidades diferentes, - siendo: Médico-Geriatra, Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta, Enfermera, Auxiliar de Clínica, Asistente Social y Psicólogo.

Médico Geriatra. - Es el jefe del equipo del Hospital de Día, el cual establece el diagnóstico y prescribe las medidas terapéuticas a seguir con cada paciente. Centraliza los distintos informes y observaciones recogidas por los miembros del equipo, - tanto aquellas que se refieren a la vida hospitalaria como a las que proceden de la ambientación social y familiar.

Terapeuta Ocupacional y Fisioterapeuta. - Son dos miembros procedentes de rehabilitación, que tienen de común la reeducación funcional del paciente. Solo se diferencian en las técnicas empleadas para la recuperación de la autosuficiencia del anciano, según usen la cinesiterapia, electroterapia, laborterapia, etc. Adaptan sus técnicas a las posibilidades físico-psíquicas del enfermo haciendoselas comprender y adquirir ritmo, iniciativa, eficacia y placer en la tarea cumplida, consiguiendo al final su socialización si evoluciona con éxito. Este depende mucho del carácter, la objetividad, y maneras de ejercer su profesión de estas personas. Deben hacer una evaluación constante de las posibilidades de progreso o retroceso del enfermo.

Enfermera. - Es arma fundamental para el médico como eejecutante de las misiones que éste le encomienda: sondajes, inyectables, curas tópicas, extracción de analítica, etc.

Auxiliar de Clínica. - Es la ayuda más cercana para el anciano dentro del hospital por ser la parte activa de la puesta en marcha de las medidas terapéuticas: tránsito por el hospital, bajada y subida de escaleras, traslado a los servicios o dependencias, sentar en sillas de ruedas, etc.

Debe reunir el requisito de ser aceptada y querida por el enfermo, ya que también participará en la ejecución de juegos recreativos, salida a excursiones, etc.

Asistente Social. - Va a ser la persona que prestará la información del exterior y unirá al equipo con las características familiares, profesionales, centros laborales, etc., en los cuales el anciano se desenvolvía antes de su estancia hospitalaria.

Su misión fundamental surgirá en el momento del alta, al tener que preparar adecuadamente la salida del enfermo al exterior, allanando todas las necesidades que éste va a encontrar para su reinserción social.

Psicólogo. - Es un profesional no vinculado enteramente al Hospital de Día, sin integración total. Efectúa el estudio previo - de trastornos psíquicos ó de relación con el medio proporcionando el diagnóstico, pronóstico y tratamiento, si es necesario (Psicoterapia). De su informe se extraen formulas válidas que repercuten sobre el resto de tratamiento integral de la enfermedad del anciano.

La Psicoterapia utilizada en nuestros pacientes suele ser de apoyo, de protección, con cobertura suficiente para evitar esta su machaconería, depresión, aislamiento, etc., pero que consideramos suficiente para la pequeña patología psíquica encontrada.

2.3. - MEDIOS DOCENTES Y DE INVESTIGACION CLINICA

El Hospital de Día lleva a cabo dentro del Departamento de Geriátría una serie de actividades cooperando en la mejor formación de los distintos profesionales que forman el "Staff" médico y paramédico:

A). - Participando durante cuatro años en los cursillos de formación geriátrica para enfermeras y asistentes sociales .

B). - Durante los tres años últimos han pasado por nuestros servicios numerosos médicos españoles e hispanoamericanos que ó bien se estaban formando como geriatras en nuestro Departamento o formaban parte de los cursos últimos de especialización en Geriátría, efectuados para médicos.

C). - Los alumnos de 6º curso que realizan estudios de licenciatura en el Hospital Central de la Cruz Roja, dependientes de la Universidad Complutense de Madrid, hacen prácticas durante cinco días en el Hospital de Día Geriátrico, como parte de la enseñanza del funcionamiento de las distintas secciones que forman el Departamento de Geriátría.

D). - La Escuela Oficial de Terapia Ocupacional, dependiente de la Dirección General de Sanidad, envía a los alumnos de ambos sexos al Hospital de Día durante dos meses de prácticas de Terapia Ocupacional con nuestros ancianos .

E). - Las experiencias y resultados obtenidos de cotejar los datos que nos han proporcionado las historias específicas del Hospital de Día, nos ha permitido una intervención activa como ponencia y comunicaciones en distintos Congresos nacionales, europeos e internacionales de la especialidad desde el año 1.973 (Congreso Internacional de Rehabilitación en México, I Congreso Nacional de Hospitales en Barcelona y VI Congreso Nacional de Geriátría en Salamanca) con distintos títulos: "Aspectos clínicos en la Rehabili

tación Geriátrica", "Hospital de Día Geriátrico", "Presente y futuro de la rehabilitación de ancianos de España", "Servicios de Geriatria en un Hospital", "Problemática que plantea el alta de ancianos con enfermedades invalidantes en Centros de Rehabilitación y Unidad Geriátrica".

F). - Publicación del primer libro español de Gerontología y Geriatria para profesionales paramédicos: Enfermeras, Asistentes Sociales, Hermanas de la Caridad, etc., con mención explícita del funcionamiento de estos centros de día.

G). - Publicación de trabajos en revistas médicas extranjeras y españolas respecto a nuestra postura de planificación geriátrica extra e intrahospitalaria.

H). - Intervenciones en prensa, radio y televisión con exposición de esta forma de asistencia nueva geriátrica.

I). - Colaboración con otras instituciones (Seguridad Social, Obra Sindical 18 de Julio, Cáritas, Obra de Ayuda al anciano, etc) en celebración de cursos, conferencias o mesas redondas para exponer las ventajas de la difusión de centros de este tipo.

2. 4. - MECANICA DE LA ASISTENCIA GERIATRICA

La esperanza de la vida progresa constantemente. Ello obliga a una mayor demanda asistencial de las personas de edad avanzada. En toda la bibliografía mundial se percibe un aumento del índice de envejecimiento, como sucede en países muy desarrollados: Suecia, Inglaterra, Francia, donde existen índices de envejecimiento de un 13%; países en transición entre los que se encuentra España, Italia, Estados Unidos; un 10%; o países muy jóvenes entre los que se puede incluir América Latina y Africa con un índice -- del 7%. (Figura número 1).

Este aumento de la población senil lleva consigo una mayor necesidad de atención médica y social por la mayor incidencia de enfermedad respecto a otras edades, aumento de cronicidad e invalidez total o parcial. Desde el punto de vista social el cambio que puede suponer la jubilación, dificultades económicas, o fallecimiento de conyuges o hijos produce un cambio desfavorable sobre los - aspectos psíquicos y sociales del anciano .

La Geriatría es una ciencia médica que trata de salir al paso de ésta problemática, persiguiendo la recuperación física, psíquica y social del paciente senil. Para lo cual lucha en tres frentes:

A). - En el aspecto preventivo: intentando evitar la aparición de la enfermedad o mitigar las secuelas que la involución pueda producir en el organismo senecto.

B). - En el aspecto asistencial, proporcionando una medicina precoz y continuada, escalonada y multidisciplinaria, que garantiza el control del anciano durante la enfermedad aguda en todas sus facetas.

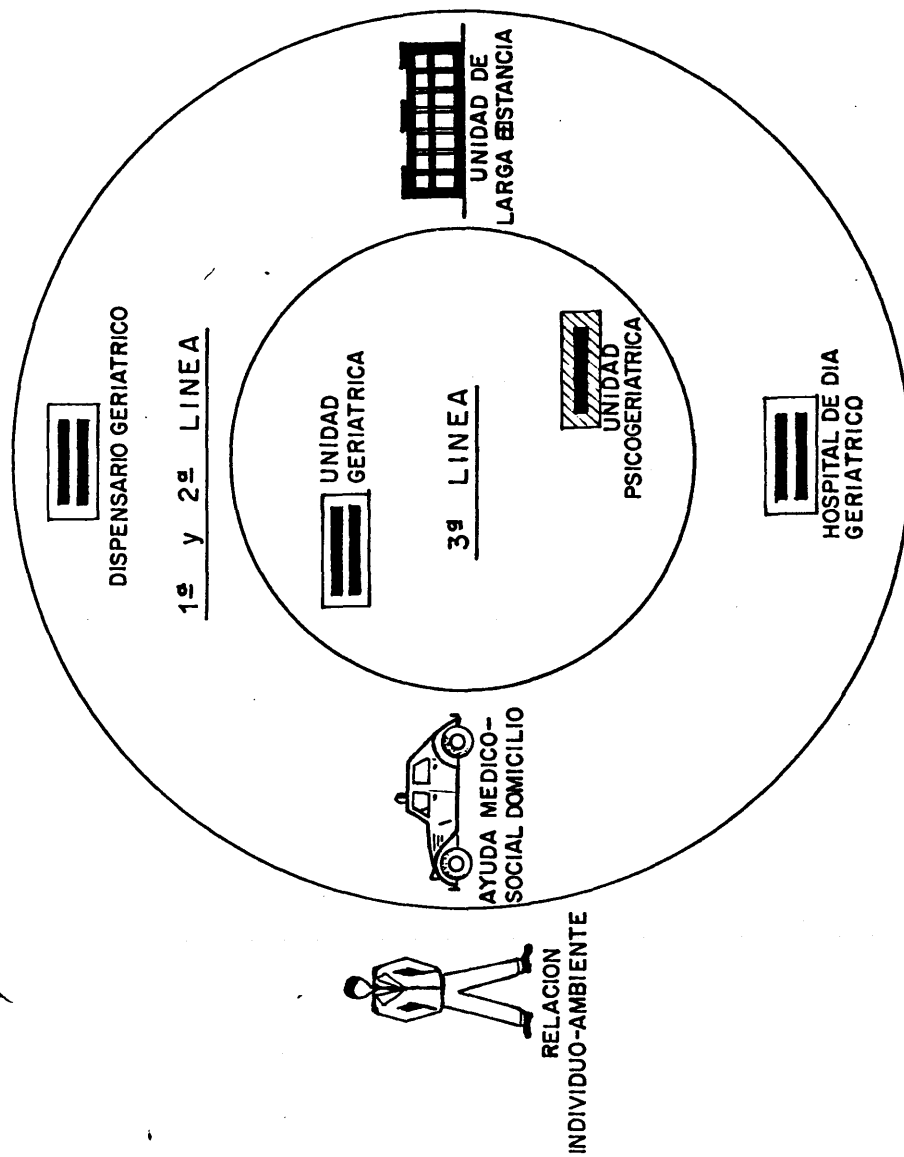
C). - En el aspecto rehabilitador, tratando por todos los - medios que la persona de edad conserve su autosuficiencia para

HOSPITAL CENTRAL DE LA CRUZ ROJA

HOSPITAL DE DIA DENTRO DE LA PLANIFICACION

GRAFICO Nº 3

PLANIFICACION DE ASISTENCIA
GERIATRICA SECTORIAL



los actos habituales de la vida diaria.

Las características de la enfermedad en el anciano son:

- Pluripatología.
- Sintomatología larvada.
- Pronóstico desfavorable por tendencia a la cronicidad.
- Dificultad para uso de métodos de exploración y tratamiento.
- Intervención de factores psíquicos y socio-ambientales desfavorables en el curso de la enfermedad.

Todo ello ha obligado a una geriatrización de la medicina y aunque no existan datos fidedignos, la Geriatría actual debe prepararse para atender cuatro millones, aproximadamente de ancianos existentes en España.

ORGANIZACION DE LA ASISTENCIA GERIATRICA. -

La primera distinción que hay que hacer es dividir la asistencia bajo un punto de vista pedagógico: Médica y Social, aunque siempre en cualquier nivel asistencial actuarán de un modo simultáneo, lo cual le dará la peculiaridad y distinción respecto a otras especialidades de la medicina. (Figura números 2 y 3)

A). - Asistencia Médica: Es un planteamiento de tipo técnico para que de una manera esquemática exponamos los distintos eslabones de la cadena asistencial geriátrica hospitalaria:

1. - Unidad Geriátrica. - Es un servicio de Geriatría dotado de camas para enfermos agudos hospitalizados dentro de un Hospital General, por lo cual se beneficia de los servicios centrales y especialidades del mismo. En ella se realiza un cuidado progresivo del paciente, durante las distintas evoluciones que cualquier enfermedad puede determinar en el senecto. Así las fases por -

las que un enfermo pasa en la Unidad pueden ser:

- Fase de cuidados agudos: durante ella la principal preocupación que debe tener el médico es salvar la vida del paciente, sin descuidar la faceta rehabilitadora mediante especial atención a la movilidad pasiva y cuidados posturales.
- Fase de cuidados intermedios: su fin último es poner al enfermo en pie, una vez consolidada la curación del proceso agudo. Durante este periodo (dos meses por término medio) el paciente recibe conjuntamente una atención multidisciplinaria: Rehabilitación, enfermería, asistencia social, terapia ocupacional y psicogeriatría aparte de las atenciones clínicas habituales.
- Fase de autocuidados: el paciente antes de abandonar la Unidad Geriátrica debe de mostrar que tiene una autosuficiencia mínima para poder pasar a un nivel asistencial inferior o trasladarse a su domicilio.

Nuestra Unidad Geriátrica del Hospital Central de Cruz Roja atiende a una media de 600 pacientes anuales, con una mortalidad del 25%, estancia media de 20 días, no superando los 90 días, salvo en casos excepcionales. En Inglaterra existen más de 200 -- unidades de este tipo.

2. - Dispensario Geriátrico. - Es un centro médico-asistencial cuya misión consiste en prestar a las personas de edad avanzada una asistencia eficaz bajo un cuádruple aspecto:

- Sección de medicina preventiva: Orienta a los ancianos o futuros ancianos hacia una mejor conservación de la salud, utilizando reconocimientos periódicos (Exámenes -

en salud), con una serie de directrices respecto a alimen
tación, higiene, entretenimiento del ocio, etc.

- Sección Médico-Asistencial: Es en realidad una consulta de Geriátría, donde se atiende a la enfermedad actual del paciente o a la revisión ambulatoria de los enfermos dados de alta en otros niveles asistenciales.
- Sección de Asistencia Social: De acción simultánea al anterior, lo que le dá su atributo principal y nos asegura-
rá la correcta ejecución de nuestras prescripciones.

Su actividad es múltiple (desde tramitación burocrá-
tica para prestaciones económicas hasta soluciones de in
tegración familiar).

- Sección de Divulgación: Persigue la sensibilización del público en general llevando a ejecución ideas de difusión y ayuda sobre esta problemática.

Nuestro dispensario está situado dentro del hospital, atendiéndose unos 4.000 ancianos al año. Se podría considerar un Centro de Diagnóstico hospitalario con muy pocos antecedentes mundia-
les.

3.- Hospital de Día. - Es la concreacción de una idea necesaria para completar la cadena de la asistencia geriátrica. Funciona en jornada diurna, estando a caballo entre la Unidad Geriá-
trica y la asistencia domiciliaria. En él los pacientes cubren un -
horario asistencial que comprende los siguientes cuidados médicos:

- Rehabilitación física, para completar los progresos obtenidos durante su estancia hospitalaria.
- Terapia Ocupacional, utilizando pequeños trabajos o re-

creos con fines terapéuticos: carpintería, repujado, pintura, cestería, etc. Hace énfasis sobre una importante misión: Reeducar las mínimas actividades de la vida diaria necesarias para una independencia en el domicilio.

- Asistencia sanitaria: tratamiento de enfermería que imponga la evolución de la enfermedad sobrepasada: curación de úlceras, sondajes, etc.
- Asistencia Social: Con este medio trata de conseguirse la adaptación y reintegración social a la vuelta del paciente a su medio de convivencia. Lo cual se consigue con investigación de la situación social, personal y de la familia.
- Labor de apoyo tanto al anciano como a la familia.
- Favoreciendo y consolidando las relaciones entre los pacientes.
- Labor de sensibilización ante la enfermedad con reuniones periódicas con ancianos y sus familias.
- Servicio Social de Grupo.

4. - Servicios a domicilio. - De tipo extrahospitalario, su función es imprescindible. Es el escalón último de atención médico-social al anciano enfermo. Su misión es controlar y tratar en su propia casa a los pacientes dados de alta que por cualquier causa no pueden acudir al Dispensario u Hospital de Día. La idea fundamental es trasladar parte del hospital (medios y personal del mismo) a la propia vivienda del anciano, potenciando la asistencia del médico de cabecera. Este auténtico "equipo volante" facilita el alta y asegura un tratamiento adecuado al enfermo, pero se debe circunscribir para ser efectivo al área sectorial del hospital de la

demarcación.

5. - Unidad Psicogeriátrica. - Está situada en la vecindad de la Unidad Geriátrica, ubicada dentro del Hospital General y - está destinada al correcto diagnóstico y tratamiento que presentan aquellos ancianos enfermos de entidades mentales agudas o agudizadas. En ella colaboran íntimamente Geriatria y Psiquiatria.

6. - Hospital de Crónicos. - Son entidades independientes que albergan ancianos con graves deficits funcionales, que no pueden valerse por si mismos. Quizá la rehabilitación pueda conseguir algún pequeño éxito, que pueda hacer más llevadera esta fase de - vida vegetativa. La Geriatria pretende que el número de pacientes que lleguen a estas instituciones sea el estrictamente inevitable.

7. - Hospital Geriátrico. - Es un centro hospitalario con - servicios centrales propios, por lo cual es independiente y con - una capacidad similar a cualquier hospital general. Su utilidad no es aceptada por todos los geriatras.

Este repaso a todos los distintos escalones de asistencia geriátrica tiene por finalidad ubicar en el escalón debido al Hospital de Día, con el objeto de centrar su acción y estudio.

CAPITULO III

3.1. - Fines específicos del Hospital de Día.

3.1.2. - Completar Rehabilitación: Valoración funcional.

3.1.3. - Grados de incapacidad física.

3.2. - Terapia Ocupacional en Geriatría: sus fines.

3.2.1. - Actividades de la Vida Diaria.

3.2.2. - Terapia Ocupacional Recreativa.

3.2.3. - Terapia Ocupacional Educativa.

3.2.4. - Terapia Ocupacional Prevocacional.

3.2.5. - Terapia Ocupacional Laboral o Ergoterapia.

3.2.6. - Terapia Ocupacional de Sosten.

3.3. - Ocupación del Tiempo Libre (Recreación).

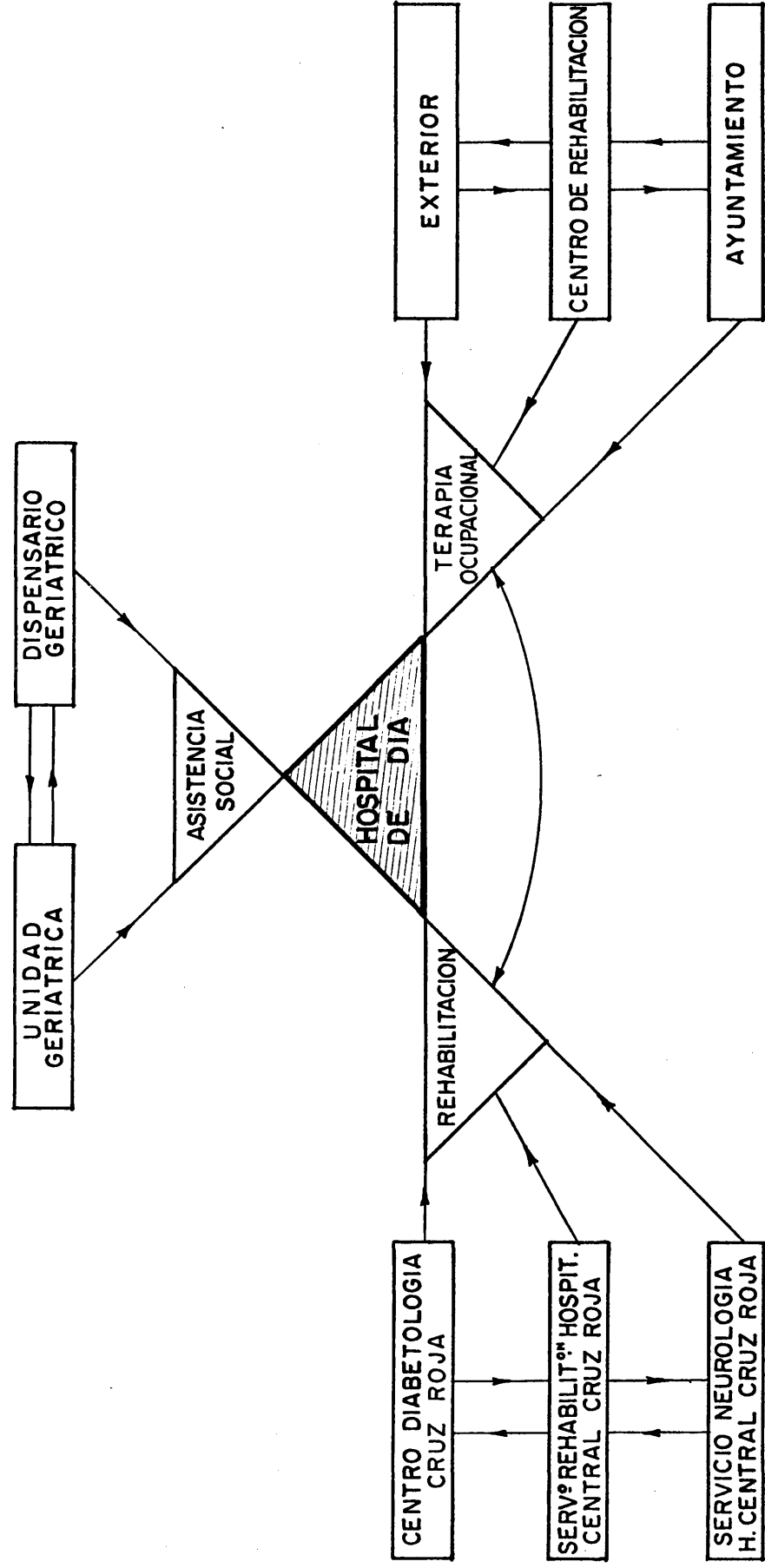
3.4. - Actividades que actualmente se llevan a efecto en nuestro Hospital de Día.

HOSPITAL CENTRAL DE LA CRUZ ROJA

HOSPITAL DE DIA GERIATRICO

FUNCIONAMIENTO DE HOSPITAL DE DIA

GRAFICO N° 4



3. 1. - FINES ESPECIFICOS DEL HOSPITAL DE DIA (Figura nº 4)

3. 1. 1 Rehabilitación geriátrica. - El fin primario del Hospital de Día es completar la rehabilitación, tanto general como específica, ya iniciada en el periodo de hospitalización.

Rehabilitación se puede definir médicamente como:

"Aquella parte de la asistencia médica que tiende a desarrollar las capacidades funcionales y psicológicas del individuo, perdidas durante la enfermedad, y que trata de reintegrarle al medio del cual procedía: La Comunidad".

Las características de la Gero-Rehabilitación son suficientemente diferentes de la rehabilitación del adulto o del niño como para justificar su estudio. En los ancianos el envejecimiento comporta características diferentes en los aspectos físicos: (multiplicidad, cronicidad de patología), psíquicos (disminución de la capacidad de adaptación y reserva, dependencias, etc) y sociales (pérdida de equilibrio personal y ambiental, pobreza, soledad, etc).

Fundamentos de la medicina rehabilitadora. - La Rehabilitación es una parte de la Medicina Preventiva y Social que actúa sobre el medio y el individuo con acciones terapéuticas, lo cual la diferencia de la Medicina Preventiva simple, que actúa sobre el medio y el individuo sin acciones terapéuticas y de la medicina Curativa, que actúa sobre el individuo con acciones terapéuticas.

$$M_p = T (I \ C)$$

I = Individuo

$$M_c = T (I)$$

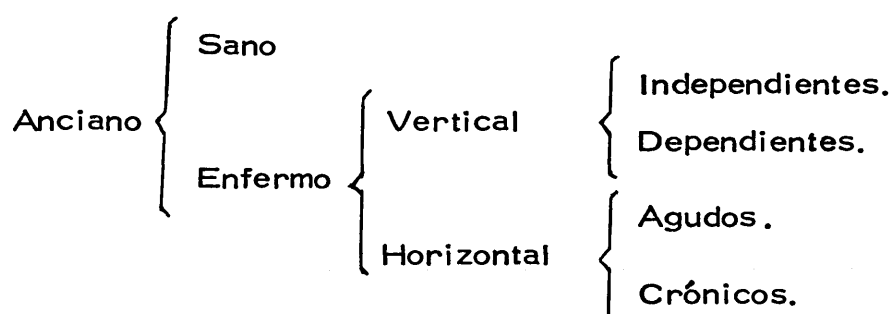
C = Cosmos

$$M_r = T (I \ C)$$

Tiene además una acción preventiva clara: "Tratar de librar al individuo de su inadaptación a la invalidez".

Paciente geriátrico susceptible de rehabilitación. - Todo an ciano con una disminución temporal o permanente de su integridad física o mental por la edad, enfermedad o accidente, las cuales han podido disminuir su autonomía, debe beneficiarse de la reha- bilitación. Así puede suceder que el paciente presente trastornos provenientes de su psique o espíritu (conducta): trastornos de com portamiento, oligofrenia, etc. O dimanantes de trastornos físicos o somáticos: automatismos. Pero la mayoría de las veces encontra remos alteraciones con orígenes mezclados: mixtas (parálisis cere brales, hemiplejias, etc.).:

En la asistencia al anciano bajo el punto de vista rehabili- tador nos podemos encontrar ante dos situaciones: una, represen- tada por el anciano sano y otra, producida por el anciano enfermo que a su vez se puede tratar de enfermo vertical (que conserva la posición bipeda) u horizontal (que requiere encamamiento). Dentro de los verticales se pueden diferenciar los independientes (válidos o autosuficientes) y los dependientes (inválidos o discapacitados). Entre los horizontales distinguiremos los agudos o los crónicos se gún el estado evolutivo de su enfermedad.



Tipo de rehabilitación empleada. -

1. - Medicina Rehabilitadora General. - Es la que va a actuar sobre el individuo añoso.

2. - Medicina Rehabilitadora Aplicada. - Será la que actúa so bre su entorno.

1. - Medicina Rehabilitadora General. - Es propia de Instituciones Hospitalarias o Semihospitalarias, estando constituida en tres fases:

- a). - Prerehabilitación. - Es una serie de cuidados destinados a disminuir la intensidad y duración de las secuelas, con claros matices de medicina preventiva.
- b). - Rehabilitación Clínica. - Cuando es una prestación de un servicio central de un Hospital General, como la suministrada por nuestro Centro.
- c). - Rehabilitación específica. - Con técnicas más complejas y fines más encaminados, que se da en hospitales de parapléjicos, poliomielíticos, etc.

2. - Medicina Rehabilitadora Aplicada. - Aquí la rehabilitación cubre nuevas etapas: "Un plan o programa de recuperación" con varias fases:

- a). - Formación profesional y empleo selectivo, cuando se trata de personas en edad laboral.
- b). - Orientación profesional o vocacional, que es el caso de nuestros ancianos.
- c). - Seguimiento con control mantenido al paciente anciano en su evolución que puede acabar en:
 - Jubilación total.
 - Condición de minusválidos, asociada a su jubilación.
 - Fallecimiento.

Etiología geriátrica susceptible de rehabilitación. -

1. - Alteraciones neuromusculares:

- a). - Encefalopatías: - Trastornos vasculares encefálicos.
 - Tumores endocraneales.
 - Lesiones de nucleos grises centrales.
 - Etc.
- b). - Mielopatías: - Trastornos vasculares.
 - Tumores medulares.
 - Trastornos medulares.
 - Degenerativos, etc.
- c). - Neuropatías: - Neuronitis.
- d). - Miopatías: - Neurógenas.
 - Miógenas.
 - Criptogenéticas, etc.

2. - Enfermedades Osteoarticulares:

- a). - Enfermedades Oseas Sistematizadas.
- b). - Distrofias óseas.
- c). - Secuelas infecciosas óseas: brucelosis, tíficas, etc.
- d). - Secuelas metabólicas óseas: gota, etc.

3. - Enfermedades Pulmonares o Pleurales: Eufisema, Bronconeupatías crónicas, etc.

4. - Enfermedades Cardiovasculares: periféricas, etc.

5. - Alteraciones Sensoriales y del Lenguaje: trastornos visuales, trastornos auditivos y del lenguaje.

6. - Alteraciones Mentales y Psíquicas:

- Deficit intelectual.
- Trastornos Psíquicos.
- Epilepsia.

7. - Enfermedades Metabólicas.

8. - Enfermedades Urológicas: Vejiga Neurógena.

Todas las cuales se pueden beneficiar del tratamiento reha
bilitador.

3.1.2. -VALORACION FUNCIONAL. -

En todo tratamiento rehabilitador hay que practicar una VALORACION: previa o preliminar, que irá seguida de otras periódicas de Verificación.

La valoración preliminar cubre un proceso de cuatro diagnósticos:

1. - Clínico.
2. - Psíquico.
3. - Funcional.
4. - Social.

1. - Valoración de la enfermedad causal.

2. - Valoración del tipo de invalidez que puede ser:

- a). - Invalidez física: que puede afectar al Aparato Locomotor con limitación de movilidad articular, parálisis - flácidas o espásticas, incoordinación motora, etc; o a los distintos aparatos orgánicos: insuficiencia respiratoria, cardiovascular, de metabolismo, etc.
- b). - Invalidez Psíquica: que se practicará teniendo en cuenta el coeficiente mental, el carácter, etc.
- c). - Invalidez Sensorial y de Lenguaje: auditiva, visual, alteración del lenguaje motor o sensorial, etc.

3. - Valoración Ocupacional: Teniendo en cuenta la suficiencia en actividades de la vida diaria, destreza ocupacional, ilusión recreativa, etc.

4. - Valoración Económica: que será medida por asistencia social.

Una vez sentado el Diagnóstico Rehabilitador se podrá emitir un Pronóstico que dependerá:

- a). - Etiología de la discapacidad (extensión de la lesión).
- b). - Tiempo de aparición de la discapacidad (a mayor tiempo sobrepasado, peor pronóstico).
- c). - Patología subyacente (artrosis, diabetes, obesidad, etc).
- d). - Informe social (si es desfavorable o no).

Después se debe instaurar el Tratamiento propiamente rehabilitador, esto se conseguirá con todo el bagaje de técnicas de que dispone la Rehabilitación y que son:

1. - FISIOTERAPIA:

1.1. - De reposo: con tratamiento postural y relajación

1.2. - Cinesiterapia que comprende:

- a). - Movimientos pasivos: movilización articular, masaje (percusión, fricción, amasamiento, - etc).
- b). - Movimientos activos: ayudados, libres, asistidos, forzados, resistencia pasiva o progresiva de De Lorme, poleoterapia de Privat, suspensoterapia de Gutrich Smith, estimulación propioceptiva neuromuscular de Kabat, mecanoterapia, etc.

1.3. - Hidroterapia: piscina terapéutica, tanque Hubbard etc.

1.4. - Fototermoterapia: Helioterapia, rayos infrarrojos o ultravioletas, baño parafina, etc.

1.5. - Electroterapia: diatermia, onda corta, ultrasonidos, galvano-faradoterapia, etc.

1. 6. - Crenoterapia y Talasoterapia: Baños mineromedicinales, Cura marítima, etc.
2. - ORTOTICA: Aparatos ortopédicos, prótesis y ayudas mecánicas.
3. - TERAPIA OCUPACIONAL: Reeduación en Actividades de la Vida Diaria, Ergoterapia, Terapia Recreativa, Ludoterapia y Terapia de Grupo.
4. - PSICOTERAPIA.
5. - ASISTENCIA SOCIAL.
6. - TRATAMIENTO QUIRURGICO: Cirugía Ortopédica.
7. - TRATAMIENTO ESPECIALES: Logopedia, Foniatría, etc.

De todos estos medios se puede aprovechar la medicina geriátrica añadiendoles a la terapeutica médica propiamente dicha y por ser de especial indicación en Geriatría: la Terapia Ocupacional; resaltamos su estudio aparte.

1.1.3. GRADOS DE INCAPACIDAD FISICA. -

(De 0 a 5, es decir, de menor a mayor aceptación funcional).

Dentro del cuádruple diagnóstico, ponemos siempre el funcional con arreglo a:

Grado 0:

- Contrae los músculos contra la fuerza de la gravedad y contra resistencia.
- Completa arcos de movimiento articular al máximo.
- Existe coordinación en movimientos complejos.
- No existe trastornos de la deambulación.
- Conserva intactos el lenguaje y la ideación.
- Realiza todas las actividades de la vida diaria, acordes a su edad.

Grado 1:

- Contrae los músculos contra la gravedad, no contra resistencia.
- Existe disminución de la fuerza muscular dinámica, conservando la fuerza estática y realizando movimientos automáticos y reflejos.
- Hay disminución de la amplitud del arco articular.
- Conserva el equilibrio vertical, pero no el oscilante.
- Contrae músculos correctores por una desviación ligera de marcha.
- Existe disminución de actividades de la vida diaria, sobre todo las complicadas.
- Hay dislalia.

Grado 2:

- No contrae los músculos contra la gravedad no con tra resistencia.
- Hay pérdida total de la fuerza muscular dinámica, con servando la estática.
- Conserva movimientos voluntarios. Pero hay pérdi-da de movimientos reflejos.
- Pérdida parcial del equilibrio vertical (incoordinación).
- Marcha ayudada por medio de aparatos ortopédicos.
- Realiza actividades de la vida diaria con utillaje - protector (adaptadores, etc.).
- Hay disartria.

Grado 3:

- No contrae los músculos ni en desgravitación.
- Pérdida de fuerza muscular dinámica y estática.
- Disminución acusada de movimientos voluntarios, con pérdida total de los movimientos reflejos.
- Incoordinación que impide conseguir un equilibrio eficaz.
- Deambulación solamente posible con ayuda.
- Solamente realiza actividades de la vida diaria, ayudado por otra persona.
- Trastornos disfásicos.

Grado 4:

- Solo existe contracción de músculos aislados, no de grupos musculares.

- No existe tono muscular, solamente se produce contracción por electro-estimulación.
- Anulación de cualquier movimiento voluntario o re flejo.
- La deambulaci3n con ayuda exterior se realiza con grandes dificultades.
- Existe dificultad para ayudarle a cualquier actividad de la vida diaria.
- Afasia.

Grado 5. (vida vegetativa):

- No existe tono muscular ni contracci3n de m3sculo alguno, aunque se aplique electro-estimulaci3n.
- No existen vestigios de movimientos articulares.
- No hay coordinaci3n total, al no existir movimien tos.
- No hay posibilidad de producir marcha, ni a3n pasivamente.
- Imposibilidad de reproducir pasivamente cualquier actividad de la vida diaria.
- Afasia total.
- Aparici3n de trastornos tr3ficos en huesos o tejidos blandos.

Nosotros hemos valorado los siguientes par3metros para utilizar unos grados simples de incapacidad f3sica en nuestro queha-cer diario:

- 1.- Contracci3n y fuerza muscular.
- 2.- Amplitud de arcos de movimientos articulares.

3. - Coordinación de movimientos.
4. - Trastornos de la deambulaci3n.
5. - Trastornos de lenguaje e ideacci3n del mismo.
6. - Actividades de la Vida Diaria .
7. - Ayuda de otras personas.
8. - Continencia de orina.

Con lo cual manejamos estos GRADO DE INCAPACIDAD FISICA :

0. - Se vale totalmente por si mismo, anda con normalidad.
1. - Realiza suficientemente los actos de la vida diaria, deambula con alguna dificultad, continencia total.
2. - Tiene alguna dificultad en los actos diarios, por lo que en ocasiones necesita ayuda. Deambula con ayuda de bast3n o similar. Continencia total o rara incontinencia.
3. - Grave dificultad en bastantes actos de la vida diaria. Deambula difcilmente ayudado al menos por una persona. Incontinencia ocasional.
4. - Necesita ayuda para casi todos los actos. Deambula ayudado con extrema dificultad, aunque sea por dos personas. Incontinencia habitual.
5. - Se encuentra inmovilizado en cama o sill3n. Hay que hacerle todo. Incontinencia total.

El sucesivo manejo de estos grados en valoraciones cada ciertos per3odos de tiempo, nos dir3n el deterioro o progreso del paciente

3.2. - TERAPIA OCUPACIONAL EN GERIATRIA

Es una rama de la Rehabilitación que como su nombre indica es: Curación por la Ocupación.

Definición: Ya Galeno escribió: "El trabajo es por naturaleza el mejor médico", esencial en la vida humana.

Rusk dice que "Es cualquier actividad mental o física, médicamente prescrita y profesionalmente guiada que ayuda al paciente a recuperarse de su enfermedad.

Heliodoro Ruiz la define como: "Realización de actividades físicas y mentales encaminadas a conseguir lo mas rápidamente posible la recuperación de los trastornos psíquicos o somáticos padecidos por el individuo teniendo como finalidad médica unos objetivos físicos, psicológicos o prevocacional.

Esto aclara las siguientes premisas:

- Es una parte de la Rehabilitación que mejora al individuo con recreo y ocupación.
- Es un medio terapéutico que no puede ser sustituido por otro.
- Es un medio científico: su empleo no es empírico, sino basado en el conocimiento de las necesidades y aptitudes de cada anciano, dirigido y manejado por el médico rehabilitador y el terapeuta ocupacional, profesional que conoce los medios a emplear para servir al fin terapéutico.
- Es un tratamiento de estímulo integral.

Fines de la terapia ocupacional.

Según la Federación Mundial de Terapia Ocupacional son:

1. - Tratamiento específico de pacientes con trastornos psicológicos, emocionales, etc tratando de estabilizar su psicológico.

quismo.

2. - Restauración de funciones: aumentando la movilidad articular, la fuerza muscular y la coordinación.
3. - Enseñanza de las actividades de autoayuda: vestirse, comer, etc.
4. - Exploración prevocacional: orientándole a desarrollar su interes, habilidades o inclinación hacia ciertas tareas - profesionales que no tienen que ser necesariamente las de su antigua profesión.
5. - Desarrollar la tolerancia al trabajo y destreza en ciertas habilidades.
6. - Como medida de sostén: para ayudar al paciente a soportar un tiempo prolongado de hospitalización o convalencencia.
7. - Como una idea creacional, con orientación a intereses recreativos, no vocacionales.

Sin embargo en la aplicación de este medio terapéutico a Geriatría ofrece ciertas características peculiares:

1. - La meta fundamental debe ser obtener la máxima indepenendencia.
2. - Conseguir que el ocio sea gratificante para el anciano.
3. - Que las actividades sean progresivas y no fatigantes.
4. - Que las iniciativas las realice el anciano sin grandes dificultades.
5. - Que las actividades enseñadas impriman a su protagonista autoestima y si es posible satisfacción económica.
6. - No debe ir encaminada a la reinserción laboral del anciano (por estar jubilado).

Además debe ir rodeado este medio terapéutico de algunos ma
tices:

- Atmósfera optimista, esperanzadora, no clásica de hospital.
- Comenzar trabajos simples para hacerlos más complicados despues.
- Que el personal técnico trabaje como un equipo bien integrado.
- Que el paciente vea sus facultades, no sus incapacidades.
- Brindar la posibilidad al enfermo de competir con otros miem
bros de la sociedad de parecidas características.
- Necesidad de poderse expresar y ser escuchado, etc.

Clasificación de la Terapia Ocupacional en Geriatria. -

La vamos a clasificar atendiendo a tres aspectos:

1. - Según el enfoque global del tratamiento:

- a). - Primario:
 - Actividades específicas.
 - Actividades de autoayuda.
 - Actividades recreacionales.
 - Ergoterapia.
- b). - Secundario:
 - Prevocaional.
 - Educacional.
 - De sostén.

2. - Según el estado de salud del anciano:

- a). - Terapia Ocupacional del anciano sano.
- b). - Terapia Ocupacional del anciano enfermo:
 - Crónico (físico, psíquico).
 - Incurable o desahuciado.

- c). - Terapia Ocupacional del anciano discapacitado (discapacidad relativa o absoluta).

3. - Según el habitat donde se encuentra el anciano:

- a). - En domicilio.
- b). - En hospital.
- c). - En residencia.

3.2.1. - Actividades de la Vida Diaria en Terapia Ocupacional. -

El campo de actividades es ilimitado, con ellas se va a proporcionar un medio de salida a la capacidad creadora o al estado emocional del paciente añoso, proporcionandole con el tiempo destreza, precisión y habilidad.

El terapeuta ocupacional deberá establecer el programa de actividades según la evolución de sus pacientes. Estas actividades pueden ser:

- 1. - Actividades de la Vida Diaria: autoayuda.
- 2. - Terapia Ocupacional Recreativa.
- 3. - Terapia Ocupacional Educativa.
- 4. - Terapia Ocupacional Prevocacional.
- 5. - Terapia Ocupacional Laboral o Ergoterapia.
- 6. - Terapia Ocupacional de Sostén.

1. - Actividades de la Vida Diaria. - De la mayor importancia para el anciano que si bien no va a incorporarse a ningun medio laboral, debe conseguir:

- Autosuficiencia del anciano para efectuar las actividades de la vida diaria.

- Autosuficiencia para el desplazamiento a los diver
sos sitios que desee.

Si acaso este desplazamiento se hace mediante prótesis o ayu
das técnicas por causas de amputaciones, el terapeuta ocupacional
debe adiestrarlo en su manejo hasta que adquiriera suficiente destre-
za y dominio de estas ortesis, enseñando a valerse de gestos nuevos
o perfeccionando los ya sabidos, lo cual le valdrá para salvar obstau
culos que de otra manera estarían fuera de su alcance.

Cada paciente es distinto y se debe valorar aisladamente para
lo cual se debe realizar una evaluación primaria y unas evaluaciones
de verificación secundarias que valoramos en número (de 0 a 5) se-
gún se realicen:

- 0. - Pasiva.
- 1. - Inicia.
- 2. - Con ayuda.
- 3. - Con adaptación.
- 4. - Con dificultad.
- 5. - Normal.

Siempre bajo cuatro puntos de vista: físico, psicológico, so-
cial y defectos residuales.

- Teniendo en cuenta la movilidad general: acostarse, deambuu
lación, alcanzar objetos, etc.
- Condiciones domésticas: arquitectura de la casa, accesos,
escalera, baños, etc.
- Aseo personal: defecación, micción baño, etc.
- Comunicación: mediante escritura, palabra, teléfono, etc.
- Aptitudes mentales y de la personalidad.

Mensualmente o quincenalmente mediante las evaluaciones de verificación se deben revisar las distintas actividades terapéuticas elegidas para conseguir la máxima efectividad, pues un tratamiento excesivo sería nocivo y escaso no sería curativo.

El resultado del tratamiento se mide por el efecto que produce en el paciente y lo podemos modificar:

- Trabajando a un ritmo más rápido.
- Aumentando la duración del trabajo.
- Aplicando una fuerza superior.
- Variando la postura de trabajo.
- Adaptando las herramientas de trabajo a la efectividad del rendimiento: adaptadores.

3.2.2. - Terapia Ocupacional Recreativa. -

Es un tratamiento cuyo fin es la recreación, que cura mediante actividades sociales: juegos, viajes, concursos, teatro, cine, radio, televisión, juegos de mesa, actividades al aire libre, música, expresión corporal, etc.

La orientación social conlleva gran importancia terapéutica y aunque el médico determinará que actividad va bien a cada tipo de pacientes, existirá una Comisión o Club de enfermos que participará en la confección y realización de los programas recreativos.

La terapia recreativa debe cumplir los siguientes principios:

1. - Lograr el interés del anciano.
2. - Enseñanza de juegos nuevos o destrezas partiendo de niveles muy elementales.
3. - Dentro de la participación no debe perseguirse la perfección. Cada sujeto debe progresar según su velocidad propia.

4. - No deben introducirse cambios bruscos en la ludoterapia a no ser que sean deseados por todo el grupo.
5. - Deben desarrollarse programas de actividad colectiva, por lo menos una vez a la semana. Al principio el líder será el Terapeuta Ocupacional hasta que comiencen a surgir líderes en el propio grupo, y éste siga su dinámica colectiva.
6. - Debe haber más programas recreativos femeninos al ser más numeroso el grupo de este sexo.
7. - Debe huirse de los clásicos juegos de cartas por prestarse a discusiones entre los pacientes. En cambio debemos estimular los juegos de dardos, bolos, petanca, etc.

Esta serie de actividades desarrolla el autoprestigio del anciano, estimula la competencia liberando cargas agresivas que de otro modo no serían toleradas por los demás. Pueden ser de tipo estrictamente recreativo o competitivo, pero siempre producen extroversión individual, fomentando el espíritu de equipo.

Las ocupaciones preferenciales de nuestros ancianos son: labores, televisión, música, teatro, etc.

3.2.3. - Terapia Ocupacional Educativa. -

Es parte de la Terapia Ocupacional que es transcendental en el niño y en el adolescente apenas tiene importancia en el anciano. No obstante, se pueden organizar charlas, conferencias, e incluso breves cursos de enseñanzas específicas que no requieran gran constancia o rendimiento, pues esto podría angustiar al paciente, al comprobar que no lograba las metas intelectuales marcadas. De los ancianos analfabetos que hemos tratado ninguno consideraba importante aprender a leer o escribir.

3.2.4. - Terapia Ocupacional Prevocacional. -

El anciano es una persona más apegada al pasado que al futuro, por ello es lógico que sus intereses vocacionales estén determinados por su profesión anterior. No obstante, en caso de tener grandes disposiciones para alguna actividad concreta, ésta se estimulará si no está contraindicada para su patología, y si acaso existiese alguna actividad muy indicada para el éxito del tratamiento se debe tratar de motivarle fuertemente para que adquiera interés por ella y encauce finalmente hacia la Ergoterapia.

3.2.5. - Terapia Ocupacional Laboral o Ergoterapia. -

Es una terapéutica médica encaminada a lograr el aprendizaje de un oficio, a veces un arte, por un paciente, teniendo en cuenta su capacidad, experiencia, inclinaciones y limitaciones.

Tiene una misión de Socioterapia como una futura integración al mundo del cual quedó el paciente desinsertado, pero concretamente en el anciano debe encauzarse hacia trabajos útiles motivados y a poder ser, remunerados. Aquí entra en conflicto la crisis de la jubilación: el pasar de una jornada laboral de ocho horas (horario agotador para personas de sesenta años) a otro horario donde no se trabaja ninguna, es disparatado y perjudicial.

De aquí, que en países desarrollados se propugna una jubilación progresiva a partir de los cincuenta y cinco años, disminuyendo el número de horas de trabajo o situando al obrero en un puesto de menor laboriosidad.

La Laborterapia o Ergoterapia lucha contra:

- La inactividad.
- El ambiente desfavorable.

- Los perjuicios y responsabilidad de algunos pacientes.

Y fomenta:

- El autoprestigio y valor personal.
- La cooperación para un bien común.
- La responsabilidad.

Un tipo de Ergoterapia muy útil para pacientes geriátricos son los "talleres semiabiertos", que utilizan algunos hospitales extranjeros donde existen secciones de:

- Costura y bordados. Máquina de hacer punto.
- Tapicerías y alfombras. Rafia.
- Cerámica.
- Horticultura.
- Carpintería elemental.
- Limpieza interior.

Toda esta clase de trabajos los desarrollamos en la actualidad en el Hospital de Día Geriátrico de Cruz Roja.

Sin embargo podría ampliarse a otras secciones como:

- Encuadernación.
- Cartonería.
- Juguetería.

Los resultados de estos trabajos pueden ser objeto de venta, no ya por la productividad económica sino más bien por el efecto saludable que esta operación pueda repercutir sobre el paciente, dando a la vez posibilidad de relacionar a estos enfermos con individuos de otras edades, ya que no es necesario mantenerlos aislados, sino al contrario deben vivir "rondando" la vida de otras generaciones, para que puedan captar la dinámica vivencial en todas sus facetas.

Esto se logra mediante la EXPOSICION DE LABORES, una especie de comercio en pequeño, con montaje de venta sin interés crematístico.

3.2.6. - Terapia Ocupacional de Sostén. -

Es una terapéutica de mantenimiento. Su acción se concentra en mantener los progresos alcanzados por la Ergoterapia, sustentando sus motivaciones, transformadas en actividad.

Venciendo el estado depresivo y la apatía que puede desencadenar el fallo en los resultados alcanzados por la Laborterapia, debe sustentar el interes progresivo del anciano alcanzando las metas sucesivas más altas posibles.

Esto se puede conseguir:

- Trabajando a un ritmo mas rápido.
- Aumentando la duración del tratamiento.
- Aplicando una fuerza superior.
- Variando la postura de Trabajo.
- Usando adaptaciones de herramientas de trabajo.

Terapia Ocupacional según el Habitat del enfermo anciano. -

El medio donde vive el anciano debe ser tenido en cuenta en los programas de actividades terapéutica:

1. - Hospital de Día: el enfoque será preferentemente funcional, siendo el único que dentro del tema que nos ocupa, interesa:

- Fomentando la amplitud articular.
- Potenciando la fuerza muscular.
- Desarrolando la coordinación y la tolerancia al trabajo.

Pero tambien podemos citar:

2. - En el medio familiar debe hacerse Ergoterapia de tipo - artesano (carpintería, labores, etc.), recreacional, juegos con: la propia familia del anciano (parchís, dominó, etc) y sobre todo actividades de la vida diaria, facilitando ayu

das técnicas si existen barreras arquitectónicas en el en el hogar, etc.

3. - Medio residencial: residencias de ancianos, hogares del pensionista, etc. Si el anciano convive en comunidad el fin de la Terapia Ocupacional irá encaminado a tratamiento de sostén de la Ergoterapia: labores domésticas para las mujeres (cocinar, lavar, coser, etc) y reparaciones caseras para los hombres (pintura, carpintería, electricidad, etc.).

En todos estos ancianos sanos debe tratarse de: alegrarles y distraerles, estimular sus contactos sociales y explirar sus gustos y vocaciones.

En Residencias de Crónicos la Terapia Ocupacional debe cumplir una vieja norma "Si no puede curar, aliviar y consolar siempre". En tanto existan posibilidades de aplicación debe tratarse de hacer una Terapia Recreativa o formas muy sencillas de Ergoterapia con los siguientes fines:

- Aliviar el aislamiento hospitalario.
- Distraerle de su angustia.
- Darle ocasión de proyectar algo.
- Euforizar su ánimo.

Parte de la Terapia Ocupacional en la Terapia Ocupacional de ancianos sanos es el:

3.3. - Ocupación del Tiempo Libre (Recreación). -

Se entiende por ocio el poder disponer de tiempo libre para dedicarlo a actividades elegidas personalmente.

En nuestras sociedades industrializadas se tiende a sustituir el trabajo pesado por la actividad de las máquinas. Como a la vez en la producción en cadena el hombre pierde el contacto con el producto terminado, no puede sentir satisfacción por la obra hecha, necesitando este tipo de trabajo periodos de descanso para interrumpir la concentración en su tarea. Así vuelve a la Naturaleza a través de viajes, cultivo de jardines, deportes, etc.

En los jóvenes la inadecuada utilización del ocio (drogas, de lincuencia juvenil, etc.) puede repercutir en su salud.

Pero el anciano que se ve obligado legislativamente a disponer de todas las horas del día para el ocio, si no se le hace una programación adecuada de él, por propia iniciativa o impuesta, la repercusión que tantas horas vacías de motivaciones puede acarrear en su salud llegará a ser nefasta.

Cualquier tipo de actividad física y deportes suaves como pueden ser: gimnasia primaria, natación si es posible, marcha diaria - sobre terreno más o menos accidentado sin ser exhaustiva, el golf, etc, puede lograr los siguientes fines:

- Mantener la armonía corporal.
- Regular el equilibrio fisiológico cardiorrespiratorio.
- Conseguir una adaptación al esfuerzo mental o físico.
- Reeducar el gesto, la coordinación y la destreza.
- Llegar los años de vida restantes.

Pero teniendo en cuenta las siguientes precauciones:

- No llegar ni al dolor ni a la fatiga.
- Evitar los esfuerzos violentos.

- No estimular la competición física.
- Tratar que los ejercicios sean lentos, en función de la edad, progresivos en el tiempo y dosificados según la adaptación individual.
- Efectuar frecuentes repeticiones, pero sin fatigar los ten dones.

Esta actividad física continuada y regulada constantemente ayudará a conservar la forma física.

HOSPITAL CENTRAL DE LA CRUZ ROJA
DEPARTAMENTO DE GERIATRIA

HOSPITAL DE DIA

TERAPIA O C U P A C I O N A L

ERGOTERAPIA

- | | |
|-----------------------|-----------------------|
| - Carpintería | - Cuero (Repujado) |
| - Cordeleria | - Máquina de Tricotar |
| - Cerámica (Horno) | - Piedra de Afilar |
| Pintura | - Máquina de Escribir |
| Telares | - Jardinería |
| Labores | - Repostería |
| Fieltro (Marqueteria) | - Moldear Barro |
| Lana | - Estaño |
| Alfombra | - Paquetería |
| Cestería | - Pegado (Cartón). |

3. 4. - ACTIVIDADES QUE ACTUALMENTE SE LLEVAN A EFEC-
TO EN NUESTRO HOSPITAL DE DIA .-

1. - ACTIVIDADES MANUALES. -

- a).- Actividades Simples, comunes: tejer, preparar y sepa
rar hilos, fabricar alfombras, tapices, etc.
- b).- Trabajos conjuntos en cuadros, cartonaje, arquitect-
tura de cerillas, cristmas, etc.
- c).- Actividades individuales: hacer ganchillo, bordados,
generos de punto, madera, rafia, etc.
- d).- Ayuda mutua entre los enfermos ancianos: cortando
lana, haciendo madejas, rellenoando cojines, lijando,
etc.

2. - SOCIALES. -

- a).- Fiestas, cantos, meriendas, etc.
- b).- Ludoterapia recreativa y competitiva: dominó, parchís,
lotería, etc.
- c).- Excursiones a museos, monumentos, teatros, cine, ets.
- d).- Actuaciones en grupo artístico o coro.
- e).- Colaboraición en hoja hospitalaria de divulgación, etc.

3. - DOMESTICAS. -

- a).- Limpieza de calzado, de ropa, arreglo de plantas, pá
jaros, peces, etc.
- b).- Limpieza de menaje de Hospital de Día, barrido del
local ,etc.
- c).- Actividades de cocina: preparación y a veces servi-
cios de ciertos alimentos: desayunos, meriendas, etc.

- d). - Limpieza de vajilla, colocación de la misma en estanterías, etc.

1. - OTRAS ACTIVIDADES. -

- a). - Asistencia a servicios religiosos.
- b). - Gimnasioterapia rítmica de grupo.
- c). - Audición de radio, tocadiscos, o hilo musical. Baile a veces.
- d). - Jardinería en patio del hospital.
- e). - Cierta actividad industrial fabricando lámparas, crcifijos, palmatorias, etc.

Aunque hay que tener en cuenta que en todas ellas esta contraindicado:

- Solicitar actividades superiores a su nivel de rendimiento real.
- Actividades que les hagan trabajar a un ritmo muy rápido.
- Actividades que les aislen socialmente.
- Actividades que les tengan ocupados sin razón eficaz para ello.

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

1. - HIGIENE CORPORAL:

- Lavado de cara
- Lavado de dientes
- Peinado
- Afeitado
- Baño
- Ducha
- Maquillaje

2. - VESTIDO:

- Ponerse pantalón
- " camisa
- " calcetines
- " zapatos
- " ropa interior
- Abrocharse botones
- " gemelos

3. - COMIDA:

- Puede manejar cuchara?
- " tenedor?
- " cuchillo?

7. - ACTIVIDADES MANUALES:

- Escribir a mano
- Coger libros
- Pasar páginas
- Doblar cartas
- Manejar periódicos
- " dinero
- Marcar teléfono
- Interruptor luz
- Utilizar llaves
- Girar espitas
- Conectar enchufes
- Abrir puertas
- " cajones
- Coger objetos del suelo
- Encender un cigarrillo
- Dar cuerda a un reloj

4. - DEAMBULACION:

- Precisa silla de ruedas?
- Precisa muletas?
- Levantarse del sillón?
- Caminar adelante y atrás?
- Subir rampas
- Subir escaleras
- Bajar escaleras
- Cruzar la calle
- Subir a un autobús

5. - COMUNICACION:

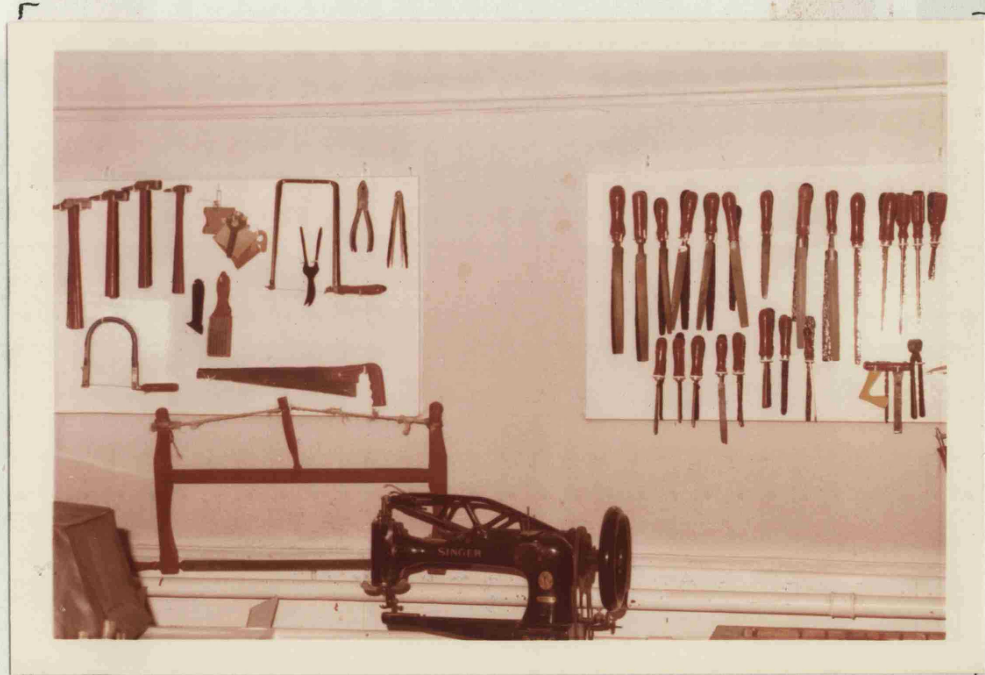
- Puede hablar?
- " leer?
- " escribir?

6. - ACTIVIDADES DOMESTICAS:

- Hacerse la cama
- Limpieza casa
- Planchado
- Preparar mesa
- Manejar cocina



Ergoterapia





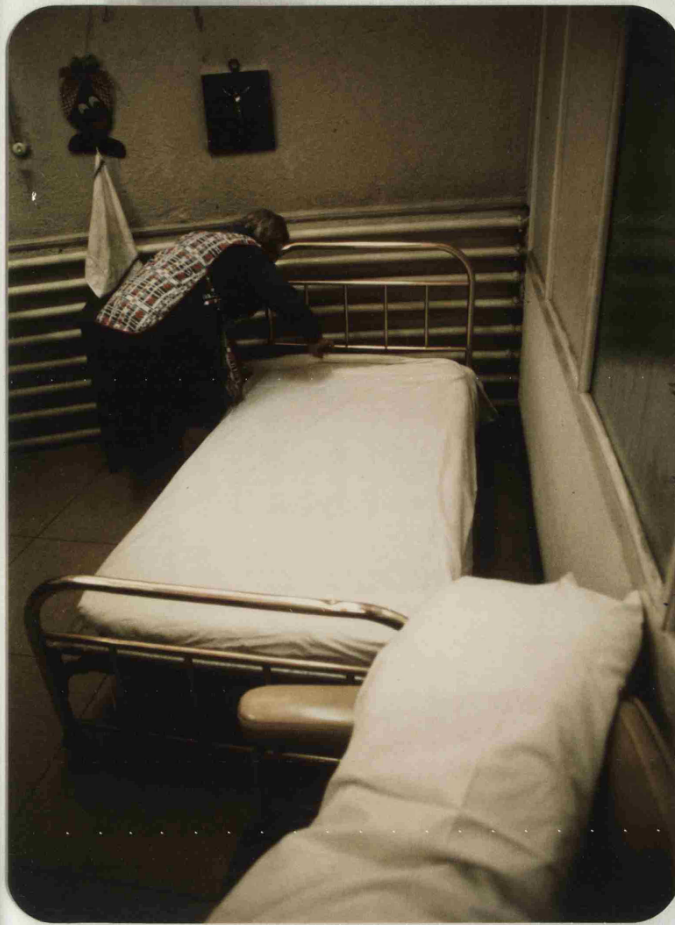
LUDOTERAPIA



Terapia Ocupacional



Cestería (Ergoterapia)



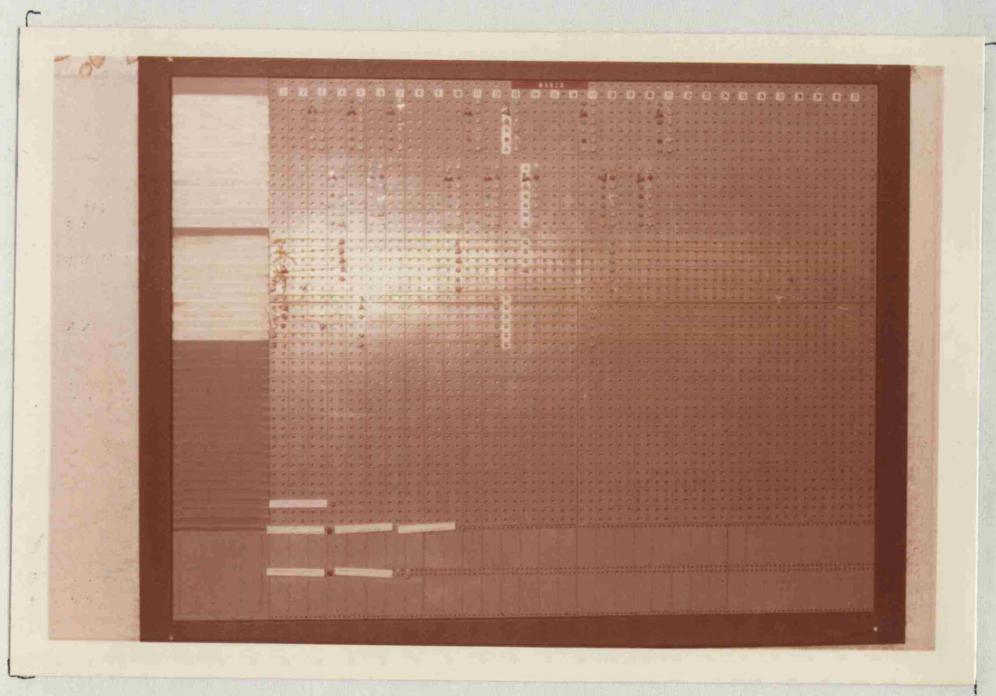
Actividades

de la

Vida Diaria



Exposición de Labores



"Planning" del Hospital de Día

CAPITULO IV

- 4.1. - Gerocultura o Medicina Preventiva de la vejez.
- 4.2. - Exámenes periódicos en Salud.
- 4.3. - Higiene Mental de los ancianos.
- 4.4. - Posibilidad de Rehabilitación y Readaptación Social.

4.1. - GEROCULTURA O MEDICINA PREVENTIVA DE LA VEJEZ

Es la ciencia o arte que se ocupa de cuidar a los ancianos, tratando a la vez de prevenir la vejez, sobre todo la vejez prematura o achacosa. Es una rama de la Medicina Preventiva y Social con tres actuaciones:

- 1) Medicina Preventiva.
- 2) Medicina Adaptativa.
- 3) Medicina Rehabilitadora.

La medicina preventiva de la vejez puede tener una serie - de actuaciones:

- A) Sobre un periodo presenil. - Es una prevención de la - vejez anormal que se puede llevar a cabo hasta los sesenta años practicando:
 - Diagnósticos precoces.
 - Conocimiento de enfermedades propias de este periodo de vida a que pertenecen estos individuos: enfermedades metabólicas como diabetes, hipertensión, etc, ó -- procesos cancerígenos.
 - Despistaje y tratamiento de cronicismos evolutivos.
- B) Periodo senil bajo. - De sesenta y cinco a setenta y -- cinco años, cuyo objetivo fundamental va a ser el control de la capacidad físico-psíquica, mediante:
 1. - Prosecución de objetivos del apartado anterior.
 2. - Investigación periódica de:
 - Capacidad conservada.
 - Conveniencia del retiro forzoso.
 - Consejo sobre permutación de unos trabajos a - otros menos forzados.

- Indicación de prácticas de recuperación física.

C) Periodo de alta senilidad. - De setenta y cinco años - en adelante trata de obtener el bienestar del anciano con:

- Asistencia médica especializada, previa información epidemiológica de los ancianos de la zona o sector hospitalario que corresponda.
- Organización de la vida y asistencia social al anciano durante su enfermedad con:
 - Ayuda en su propio hogar al matrimonio - de ancianos, mediante servicios de voluntariado joven u otros mismos ancianos.
 - Alojamiento en régimen de comunidades para ancianos: Residencias, Hospitales crónicos, etc.
 - Centro de consulta, telefónica ó no, para recogida y escucha de sus problemas en caso de solicitud y ayuda, consejo o amistad.

4. 2. - EXAMENES EN SALUD

Los denominamos de esta manera, porque consideramos expresan perfectamente su función y no el nombre americano que se dá a estos exámenes sistemáticos (Chequeos = Check-Up) de rutina en ciertos ejecutivos.

Para la persona que rebasó los 60 años de edad no se puede prescindir de vigilarse mediante estos exámenes en salud, pues logicamente las probabilidades de padecer alguna enfermedad ignota son mayores.

Su finalidad consiste en:

- Establecer una escala de grados de normalidad, organo por organo y aparato por aparato, con lo cual despues de un balance general podemos apreciar si se apartan o no de las funciones normales.

- Descubrir alguna entidad nosológica que se está fraguando y puede hacerse grave posteriormente: cardiopatías, tuberculosis, etc. Corresponde estos fortuitos descubrimientos a las tasas de mortalidad de mayor incidencia: afecciones cardiovasculares (alrededor de un 60 %) tumores malignos (30%), etc.

- Permiten un balance de afecciones crónicas, que el sujeto ya sabía estaba afectado: diabetes, gota, hipertensión, reumatismo, etc.

- Revelar afecciones cuya existencia se ignoraba: sífilis antigua o reciente, tuberculosis latente y algún estado paraneoplásico.

En los ancianos este tipo de examen clínico debe practicarse en los grupos de población más expuesto, o tandas sectoriales, departamentando áreas o barrios geográficos para sucesivos exámenes, ya que a petición del propio interesado resulta muy costoso.

En realidad como en toda técnica de medicina preventiva se

debe ir al grupo como de población y no de forma contraria.

La única excepción en la que el anciano debe acudir a su médico de cabecera para una examen clínico total es al acercar se la hora de jubilación, pues es cuando las afecciones crónicas se han arraigado y pueden hacerse irreversibles.

Cualquier otro tipo de molestia debe ser encauzada por el propio médico, el cual mediante petición complementaria llegará a un diagnóstico exacto sin dispersión de peticiones inútiles y sí con indicaciones respecto a la historia clínica y la exploración.

En el examen de salud es preciso para que sea tal, examinar todo el organismo sin excluir ningún órgano.

En grandes líneas debe comprender:

- Estudio cardíaco. - Además del examen clínico, electrocardiograma de reposo y esfuerzo, oscilografía de miembros inferiores, tiempo de Protombina y resistencia a la Heparina.

- Aparato locomotor. - En el anciano hay que distinguir reumatismos con sus signos inflamatorios y artrosis arrastrada, haciendo balance articular, articulación por articulación: rodillas, caderas, columna vertebral, etc., con un estudio exhaustivo radiológico de todos ellos, velocidad de sedimentación con reacción de Waaler-Rose y Latex.

- Sangre. - Es frecuente en los ancianos trastornos sanguíneos; anemia, hiperglobulia, leucocitosis, granulopenia, plaquetopenia, etc, por lo cual es fundamental un hemograma a la menor sospecha.

- Aparato digestivo. - Comenzando desde el estudio de los dientes hasta el funcionamiento gástrico, hepático o biliar con todos los medios diagnósticos a nuestra disposición: bioquímica, colecistografía, estudios radiológicos con papilla de contraste, etc.

- Afecciones Diatésicas. - Aumenta con la edad: diabetes, gó

ta, insuficiencia hepato-renal, obesidad, etc, mediante los análisis pertinentes: curva de glucemia, urea, creatinina, etc.

- Enfermedades Urogenitales. - Que varían con el sexo y - que son frecuentes en la población añosa: prostatismos en el varón, craurosis vulvar en las ancianas, etc.

Sin embargo este estudio quedaría incompleto si no citáramos aquellas afecciones con gran repercusión para su futuro:

ENFERMEDADES SOCIALES. -

- El Cancer puede escaparse si no se está en sobreaviso para su detección: metrorragias incipientes, microhematurias, - etc, nos obliga a pensar en neoplasias haciendonos practicar las exploraciones rutinarias: gastroscopias, biopsias, etc.

- Tuberculosis pulmonar. - Mas frecuente de los que se piensa en viejos tosedores, pudiendo contagiar facilmente el resto de su familia, por lo que se debe proceder a exámenes minuciosos - mediante radiografías, baciloscopia, Mantoux.

- Sífilis. - Que en el anciano puede ser antigua o de contagio reciente. El test de Wasserman-Bord nos permite tal diagnóstico.

- Alcoholismo y Tabaquismo. - Son dependencias frecuentes en el anciano y el médico las debe sospechar cuando comienza polineuritis sin causa justificada, etc.

Otros organos como OJOS y OIDOS deben ser revisados minuciosamente con estudios complementarios de agudeza visual y -- auditiva, pues sin un funcionamiento eficaz de ellos, el anciano - será un barco a la deriva al limitar su independencia.

De todos los resultados obtenidos saldrá el veredicto final: anciano sano al que aplicaremos normas de vida e higiene necesarias a cualquier edad.

Y anciano enfermo, que se canalizará al especialista correspondiente o se ingresará en el nivel de asistencia geriátrica adecuado: unidad geriátrica, dispensario geriátrico, unidad de larga estancia, etc.

4.3. - HIGIENE MENTAL DE LOS ANCIANOS

Una forma de prevenir de modo efectivo la aparición de - trastornos psicológicos en el anciano es la existencia de, una - buena salud mental, real y aparente del individuo adulto, lo cual obliga a pensar que debe comenzarse a favorecerla, estimularla y practicarla desde la cuna.

Sin exagerar podemos asegurar que los trastornos psicológicos en los últimos años de vida son la causa más frecuente de la infelicidad de un anciano.

La prevención de estas situaciones con normas genéricas de higiene mental aseguran la prolongación de la vida de un paciente senil de forma provechosa y feliz.

Ello se podría conseguir con:

1. - Prevención y tratamiento de cualquier enfermedad orgánica que incida sobre la personalidad del anciano, creando situaciones conflictivas posteriores.

2. - Prevención y corrección, dentro de lo posible, de trastornos sensoriales (visión, audición, etc) que impiden al individuo una relación con el medio ambiental aumentando sentimientos de -- desconfianza o inferioridad.

3. - Procurar mantener al anciano dentro de su propio domicilio, siempre que se pueda, por ser el más adecuado para impedir situaciones de soledad, angustia, depresión, etc.

4. - A la vez que se adecuan las instituciones de cobijo al anciano en eficiencia y comodidad, procurar que el personal de - éstas proporcione un trato humano y psicológico adecuado.

Deben hablar su propio lenguaje y situarse a su nivel cultural, no es tan importantes la suntuosidad de las instalaciones como el trato agradable.

5. - El enfermo anciano pierde su autonomía, es necesario darle una terapia psicológica de apoyo para que no pierda también su autoestima con el consiguiente derrumbamiento psicológico que le conduciría a un deterioro mental importante.

6. - La creación y funcionamiento de clubs, hogares del pen sionista, etc, es necesario ambientarlo para evitar el alejamiento con otras generaciones, aunque manteniendo contactos continuos -- con otros individuos de edad y condición. Este fenómeno se realiza de modo espontaneo en el medio rural.

4. 4. - POSIBILIDAD DE REHABILITACION Y READAPTACION SOCIAL.

La persona de edad avanzada necesita un sentido de utilidad, relaciones sociales, afectivas y recreación para mantener los mismos roles sociales que a cualquier otra edad.

Esto se puede conseguir conservando sus funciones físicas e intelectuales, manteniendo vivas sus posibilidades para actuar, aunque se encuentren reducidas. Y esto no se logra con un programa paternalista de salud mental, ya que según hemos visto anteriormente el anciano es extraordinariamente susceptible al rechazo y aislamiento. Hay que proporcionarle una política de higiene mental, con infraestructura arquitectónica y tecnológica como puede ser el Hospital de Día donde se atiende su dieta, recreo, uso de ocio, lecturas, juegos, excursiones, etc., implicando en este empeño a la familia, al barrio y a la comunidad.

Por todo lo cual hay que establecer bajo un punto de vista médico todos aquellos factores psico-sociales eventuales o permanentes que dentro del medio familiar o socio-cultural constituyan balances positivos y no negativos para la readaptación del senecto al medio que le rodea. Y es por lo que deben proporcionarsele - dentro de estos niveles asistenciales las medidas necesarias para neutralizar las rígidas estratificaciones de un control médico-administrativo, convirtiendo las estructuras en algo humano y cálido.

El marco que la rehabilitación física proporciona a los ancianos en su deficit es de una utilidad increíble al darle una mayor autonomía en su actividad. La Psicoterapia de Apoyo en esta readaptación nunca debe ser una parodia de la existencia anterior, sino un cambio de vida de distintas características, pero con igualdad de derechos conservando la persona anciana toda su dignidad.

CAPITULO V

5.1. - Labor Médico-Asistencial del Hospital de Día.

5.1.1. - Ulceras varicosas y de decúbito.

5.1.2. - Sondaje vesical.

5.1.3. - Otras actividades de Enfermería.

5.2. - Dietoterapia en Geriatría: Dietas-Tipo.

5.2.1. - Alimentación del Anciano.

5.2.2. - Tóxicos.

5.2.3. - Medidas Higiénicas para el Anciano.

CAPITULO V

5.1. - Labor Médico-Asistencial del Hospital de Día.

5.1.1. - Ulceras varicosas y de decúbito.

5.1.2. - Sondaje vesical.

5.1.3. - Otras actividades de Enfermería.

5.2. - Dietoterapia en Geriatría: Dietas-Tipo.

5.2.1. - Alimentación del Anciano.

5.2.2. - Tóxicos.

5.2.3. - Medidas Higiénicas para el Anciano.

5.1. - LABOR MEDICO-ASISTENCIAL DEL HOSPITAL DE DIA

Dentro de este centro nosotros tenemos que proporcionar a los pacientes geriátricos una parte de asistencia que nos es - específico: La Enfermería.

Todas las personas que acuden al Hospital de Día requieren una asistencia continua o esporádica de la patología que presentaban a su ingreso y ésta se la podemos prestar en las siguientes vertientes:

- a) Preventiva.
- b) Asistencial, propiamente dicha.
- c) Continuada a su domicilio en el momento del alta.

a) Preventiva. - El Hospital de Día es un eslabón que puede prestar una asistencia de tipo preventivo dentro de la cadena - de asistencia general geriátrica.

Sus funciones fundamentales son:

- Cuidados higiénico-dietéticos: de una manera sistemática - se deben dar una serie de directrices a los ancianos para prevenir cualquier tipo de alteración que puede desembocar en una patología posterior (baño y cuidado de la piel, deformidades de los -- pies, prevenir el deterioro psíquico, cuidados dentales, de la vista, etc.).

- Hacer vacunaciones de ciertas enfermedades que inciden - sobre el terreno abonado que es el anciano: vacunaciones antigri-pales, anticatarrales, antitetánicas, etc.

- Quimioprofilaxis y antibiopprofilaxis para tratamiento de enfermedades crónicas: bronconeumopatías, infecciones urinarias, -- etc., mediante tratamientos cíclicos de antibióticos, antisépticos, etc.

- Educación sobre normas de vida, evitando los trastornos que pueda producir la soledad, depresión, aburrimiento y sedenta rismo: dando normas para fomentar los paseos, ejercicios físicos, distracciones sanas, sueño, etc.

- Consejo bromatológico respecto a los alimentos, como - puede ser la preparación de los mismos, condimentos agregados, horario rígido de comidas, calorías energéticas suficientes, etc.

- Haciendo exámenes en salud para pacientes que proceden del exterior, de la "zona de influencia", o contribuyendo a esta labor, que es específica del Dispensario Geriátrico.

b) Médico-Asistencial. - Dentro de las distintas funciones que este tipo de asistencia plantea debemos distinguir tres puntos:

1. - Diagnóstico por medio de peticiones complementarias.
2. - Curativa, empleando medios para conseguirlos.
3. - Labor de enfermería prescrita por el médico y ejecutada por él o su enfermera.

1) Métodos de Diagnósticos. - El Hospital de Día del Hospital Central de la Cruz Roja al estar situado en una institución - hospitalaria goza de los beneficios que los distintos servicios del centro pone a su disposición. Así toda clase de analítica sencilla o complicada puede pedirse fácilmente, pero sin embargo el Hospital de Día debe poseer una serie de medios propios que sirvan - para conseguir resultados que no recarguen la dinámica hospitalaria y le den suficiente autonomía; entre ellos podemos describir la radiología en su vertiente radioscópica, el electrocardiograma y algunos métodos analíticos sencillos y prácticos, aunque sean - aproximados (glucosurias, Dextrostix, etc.).

El electrocardiógrafo de tipo portátil y aplicación diáfana - no merece ser descrito en este trabajo, sin embargo su interpre-

tación debe ser dominada por el médico geriatra que la use, pues no es de fácil entendimiento y ofrece peculiaridades propias en cada enfermedad y sobre todo en pacientes longevos.

La radiología por su utilidad y facilidad de empleo debe ser usada a diario en este tipo de pacientes. Para ello disponemos de un aparato de Rayos X, tipo monobloc, de fácil utilización y de empleo exclusivamente radioscópico.

Dado el tipo de pacientes nos sirve sobre todo para controles radiológicos torácicos (bronconeumopatías crónicas, neoformaciones de pulmón, metástasis de mama, etc). Es un importante procedimiento de diagnóstico que completa las exploraciones clínicas, proporcionando resultados que sin este método autónomo irremplazable no conseguiríamos.

La radioscopia permite mediante la introducción del paciente entre el tubo de Rayos X y la pantalla fluorescente la aparición de una imagen positiva de las estructuras del torax contrastando los tejidos poco absorbentes (pulmón, aire) como claros, y los tejidos opacos (columna vertebral, corazón y costillas) como oscuros. Estas diferencias de claridad objetivables permiten un reconocimiento de los detalles de tipo funcional: movilidad diagragmática, aclaramiento de gases pulmonares, actividad cardiaca, etc., localizando mediante distintas posiciones del enfermo patología fortuita o seguir evoluciones de las ya conocida.

Las desventajas de la radioscopia como pueden ser la ausencia de claridad o falta de documentación controlable son contrarrestadas en este centro con el Servicio de Radiología del Hospital -- Central.

La labor de enfermería es ejecutada posteriormente a la celebración de la consulta diaria con especificación en las distintas hojas de las historias clínicas de las pautas terapéuticas prescritas:

- Tratamiento medicamentoso. - Como puede ser las dosis sucesivas de insulino**te**rapia en un diabético, pasando de la insu**l**ina corriente a N.P.H. o retardada; control de L-DOPA en en**fer**mos parkinsonianos en los cuales se utilizan dosis ascendentes, según tolerancia gástrica, etc.

5.1.1. - Cura de úlceras. - Muchos de los pacientes ancianos ingresados en el Hospital de Día presentan una afección bastante común: las ulceraciones crónicas de los miembros inferiores. El término de escara también se emplea para definir a la úlcera, - pero a nuestro entender da idea de más evolución: periodo de -- costra o mortificación desorganizada de una parte viva.

Al pasar la úlcera por una serie de fases que son :

1. - Extensión o inflamatoria.
2. - Estacionaria o de cronicidad.
3. - De reparación o granulación.

Nos podemos encontrar con muchos pacientes dados de alta - en la Unidad Geriátrica con estas lesiones, siendo de nuestra -- competencia su curación terminal.

Su etiología es varia:

a) No específica, entre las cuales distinguimos:

- Traumáticas.
- Piógenas, de origen infeccioso.
- Vasculares o neurógenas, las más frecuentes.

b) Específicas:

- Tuberculosas.
- Sifilíticas, etc.

c) Malignas:

- Ulcus Rodens.
- Carcinoma.
- Sarcoma, etc.

d) De origen vario:

- Discrasias sanguíneas.
- Ictericia acolúrica, etc.

Las únicas que hemos tratado hasta la actualidad han sido las de origen vascular, las de origen nervioso y de decúbito.

Esta palabra la hemos dejado adrede para el final, porque sucede que el anciano obligado a cierto estado de invalidez, está condenado a permanecer quieto en ciertas posturas, y como -- suele suceder en un sujeto con deficiencias orgánicas lógicas -- (pobreza en proteínas, déficit vascular, fragilidad de piel, desorientación mental, etc.) las partes salientes de los huesos sometidas a una compresión o roce repentino hace que la piel de esta parte sufra una isquemia originando foco de necrosis son enrojecimiento que se extiende al exterior, rompe el plano de revestimiento y deja una profunda úlcera necrótica de bordes resistentes y -- fácil de infectar. Su localización más frecuente es en isquion, talones, sacro, parte interna de rodilla, hombros, etc.

Entre las úlceras de origen vascular destacan las flebostáticas por insuficiencia vasculo-venosa, también llamadas Ulcus -- Cruris (75%) y las úlceras isquémicas de origen arterial (5%), -- las diabéticas, coexistentes con arteriosclerosis, las neurotróficas (perforante plantar, por mielodisplasia, espondilolistésica, ulceromutilante, etc.

Tratamiento de las úlceras de miembros inferiores. -- Cualquier úlcera conlleva dos tipos de tratamiento:

- Limpieza de infección, como herida abierta quirúrgica, -- lo cual conseguimos mediante pomadas con antibióticos, enzimas -- desbridantes, favoreciendo así la granulación y epitelización. Se puede agregar tratamiento de tipo general: calmantes para el dolor (dolantina, papaverina, etc.), anticoagulantes (Heparina, Tromexano, Sintrom, etc), antiflogísticos, vendaje con cola de Zinc, movilizaciones, etc.

- La cirugía plástica mediante colgajos de rotación o plásticas cutaneas son el recurso último si nuestro tratamiento no tiene

los resultados apetecidos, para lo cual enviamos al paciente al Servicio de Cirugía Plástica del Hospital.

De todas maneras la movilización y fisioterapia realizada en otras secciones de nuestro centro son la mejor ayuda secundaria.

5. 1. 2. - SONDAJE VESICAL

Muchos pacientes con incontinencia urinaria requieren para llevar una vida social independiente transportar una sonda permanente, lo cual le permite la asistencia al propio Hospital de Día.

Es por tanto necesario practicar cada cierto tiempo, que no debe sobrepasar nunca los quince días, implantación de una sonda uretral que debe ser rígida o semirígida para las mujeres y más flexible para el hombre. Al ser permanentes debe elegirse las de "balón": Foley.

La técnica del sondaje debe seguir siempre unas normas de higiene y esterilización adecuadas por las complicaciones que implica: infección urinógena, lesiones uretrales, perforaciones y hasta hemorragia si no se siguen las precauciones debidas.

Estas son :

- La zona perineal debe estar bien iluminada, con limpieza meticulosa de meato y tejidos inmediatos, de delante a atrás - aclarando con gasas humedecidas estériles.

- El médico o enfermera debe emplear guantes estériles - con previo lavado de manos, en condiciones de máxima asepsia.

- El tamaño del catéter debe ser el más pequeño, pero que proporcione drenaje adecuado, debiendo suavizarse con lubricante esteril.

- La introducción debe ser lenta y suave, evitando los traumatismos.

- El catéter permanente debe conectarse inmediata y asepticamente a un circuito cerrado.

- La bolsa de drenaje de éste debe situarse siempre a un nivel inferior de la vejiga.

- Los catéteres no se deben pinzar, salvo en casos de des

conexión, fijandose en los pinzamientos involuntarios.

- Despues de la catererización se debe mantener limpia - el area perineal, vulva, glande, etc., con lavados de agua y de tergente, dos y tres veces al día.

- Para extraer muestras de orina e investigación de urocul tivos no invertir nunca la bolsa. Extraerla, pinchando a traves - de la sonda con jeringas y agujas estériles.

Aún siguiendo todas estas recomendaciones es necesario in sistir al paciente de las medidas higiénicas, por las casi inevitables infecciones recidivantes.

Inyectables. - La práctica de inyecciones por cualquier vía subcutanea, intramuscular o intravenosa requiere un material esterilizado por medio de autoclave o ebullición en su defecto, pues en el anciano es fácil asiento de enquistamiento, abcesos, flebitis, etc. Hoy día tambien se puede utilizar el material desechable, de un solo uso, pero tiene el inconveniente de aumentar el presupueto por ser bastante caro.

5. 1. 3. - OTRAS ACTIVIDADES DE ENFERMERIA

Esporádicamente puede presentarse otro tipo de asistencia menos usual, dándose el caso de tener que atender a pacientes de Hospital de Día en urgencias de tipo vario: Shok o estado de coma, angina de pecho, infarto de miocardio, embolia pulmonar, asma bronquial, accidentes vaculocerebrales, cólicos pielonefríticos, etc.

La actuación de la enfermera ante este tipo de pacientes exige una preparación profesional y una presencia de ánimo que puede ser la ayuda imprescindible para salvar este tipo de cuadros patológicos, obligando a una serie de actuaciones que pueden sintetizarse en:

- Cuidados posturales, lo cual evitará que vómitos o secreciones pasen al árbol respiratorio en cuadros comatosos.

- Colocación de todo tipo de sondajes: nasogástrico, vesical, rectal, etc., manteniendo diáfanos las vías u orificios naturales.

- Fluidoterapia: es la colocación de sueros intravenosos - para mantener la vía de aporte necesaria para una buena nutrición, transfusión o extracción de muestras de sangre para envío al laboratorio en solicitud urgente de constantes hematológicas o bioquímicas, etc. A veces por el Médico Geriatra ha sido necesario - pinchar subclavia, al no encontrar venas más accesibles.

- En fracturados deben aplicarse unos cuidados iniciales de enorme importancia para el pronóstico de la fractura, manteniendo una inmovilización con vigilancia consciente y permanente hasta - obtener los datos radiológicos suficientes para imponer un tratamiento correcto, evitando sobre todo la compresión nerviosa, isquemia vascular, edema, rigideces, etc.

Al estar ubicado nuestro Hospital de Día dentro de un Hospital General cualquier tipo de cuadro agudo es evacuado al Ser-

vicio de Urgencia: ó Unidad Geriátrica, por lo cual este tipo de medidas son de aplicación transitoria, pero deben ser muy efectivas e indicadas para evitar complicaciones posteriores.

5.2. - DIETOTERAPIA

Como cualquier tipo de pacientes ingresados dentro de un hospital, los ancianos que se benefician de los servicios del Hospital de Día se encuentran separados de las condiciones de confort y cariño que rodean las comidas familiares, pero en cambio como arrastran una patología debe ajustarse a ciertas dietas impuestas, que actuarán también de manera efectiva en la evolución de su entidad nosológica.

El Hospital de Día debe esforzarse en simultanear una alimentación correcta con una administración eficiente en su reparto, con el fin de lograr los mayores beneficios médicos y económicos debiendo ser brindada la comida con la cortesía y esmero del mejor hotel.

Para todo lo cual debe cumplir los siguientes objetivos:

- Asegurar el consumo de una alimentación científica al mínimo coste.
- Mejorar la enfermedad si ésta es influenciable por la alimentación.
- Hacer siempre una permanente educación alimentaria.
- Adiestrar al personal con docencia adecuada sobre este tema, aumentando sus conocimientos y eficiencia en el Servicio.
- Mejorar el estado nutricional de la población asistida en este centro.

Actividades a realizar. -

- Prescripción de dieta adecuada según historial médico.
- Calcular el régimen calórico si no existen "dietas tipo".
- Dictaminar a la cocina las cantidades de alimentos para que resulten ajustadas al número de calorías.
- Supervisar el manejo y la calidad de los alimentos para

evitar posibles intoxicaciones alimentarias.

- Decidir el sistema de distribución según el personal.
- Tener previsto el depósito de basuras.

La alimentación debe ser:

- Suficiente, que lleve las calorías necesarias.
- Completa, que lleve los nutrimentos necesarios.
- Armónica, en buena proporción para que resulte atractiva al anciano.
- Adecuada, a la situación biológica y patológica del enfermo.

Comedor. - La capacidad de éste debe estar en consonancia con el número de comensales, distribuyéndolos en varios grupos - si su número sobrepasa la superficie útil.

Debe estar ubicado cerca del "Office" o cocina para facilitar el transporte hasta un mostrador, donde se pueden acondicionar los alimentos fríos.

Debe haber una mesa, con divisiones al "baño María", para mantener calientes los alimentos y otra mesa con capacidad de contener vajilla en cantidad.

Cocina. - El sistema de cocina puede ser mixto: abastecimiento de una cocina central en la cual puede encargarse condimentos complicados o especiales y una cocina periférica, que sirve para la preparación de desayunos: té, café, chocolate, etc., y que a la vez se puede aprovechar en Terapia Ocupacional para actividades de la vida diaria.

Distintos tipos de dietas más utilizadas. - Si no se trata de confeccionar una dieta ideal por ser difícil, si debemos saber cual

tipo de dieta debemos prescribir al determinado paciente que te
nemos delante.

Para pacientes con dificultad recurrir al Servicio de Diet
tética del Hospital.

Este esquema tomado según Grande Covian es el que utilizamos para nuestro normal desenvolvimiento en el Hospital de -
Día.

DIETA	INDICACIONES	ALIMENTOS RECOMENDADOS	ALIMENTOS PROHIBIDOS
HIPOCALORICA	Obesidad Hipertensión Hipo tiroidismo	Carnes magras Pescados blancos Verduras Frutas Leche descremada.	Grasas Dulces Pastas
HIPERCALORICA	Desnutrición	Ricos en: Grasas y Glucidos	Ninguno
HIPOPROTEICA	Toxemias Algunas nefropatías.	Frutas Verduras Pan Mantequilla	Carnes Huevos
HIPERPROTEICA	Postoperatorio Convalecencias	Carnes Pescados Huevos Leche	Ninguno
HIPOSODICA	Cardiopatías	Pan sin sal Cereales Patatas Carnes Pescados Mantequilla	Salazones Conservas Sal Condimentos
BLANDA	Úlcera gástrica. Colitis	Cereales cocidos. Leche Pures	Especias Cerdo Grasas Alcohol
HIPOGLUCEMIA	Diabetes	Frutas pobres en glúcidos Huevos Leche Carne Verduras Pescados	Azúcares Grasas Pastas italianas

5.2.1. - ALIMENTACION DEL ANCIANO.

El organismo humano se forma a partir de elementos alimenticios y de oxígeno del aire. Luego nosotros podemos mejorar o empeorar la salud mediante un cambio en la alimentación. Gimenez Herrero en su Hogar del Pensionista ha corregido el 80% de malos hábitos dietéticos.

En el anciano una dieta equilibrada de principios inmediatos y calorías en relación con la actividad de sujeto constituye la mejor norma preventiva para evitar o retrasar enfermedades metabólicas o degenerativas que inciden sobre el envejecimiento. (A.E. - obesidad, gota, diabetes).

Berg y Kiermang en un trabajo en 1.972 concluyen que el anciano debe reducir el aporte calórico mediante la limitación de alimentos grasos y aumentando los de proteínas (1'58 g. / día por lo menos).

Un buen equilibrio alimentario debe estar controlado entre los aportes exógenos y las pérdidas energéticas que van en razón directa del desgaste de calorías.

Luego en cualquier alimentación normal debe haber varios equilibrios:

1. - Equilibrio entre los aportes exógenos y las necesidades del organismo.
2. - Equilibrio entre los Principios Inmediatos: Que varían según la actividad y el sexo.

Para una dieta de 2.500 cal. tiene que ser:

375-500 cal. en Prótidos (15-20%) =95-125 g. (1g.=4 cal.)

625-875 cal. en Lípidos (25-35%) =70-97 g. (1g. = 9 cal)

1125-1500 cal. en Glucidos (45-60%) =281-375 g.(1 g. =4cal)

Con el Peso : $815 + 36'6 \times P = \text{cal.}$

3. - Equilibrio entre las calorías totales y el aporte proteico.

Si hubiese un deficit calórico, las proteínas en vez de efectuar su acción plástica se quemarían en calorías.

4. - Equilibrio entre proteínas animales y vegetales. - Debe ser igual por lo menos (al 50%), si no les completas (animales) que poseen todos los aminoácidos esenciales, no están.

5. - Equilibrio entre los lípidos animales y vegetales. - Las 1ª. mas ricas en ac. grasos saturados, por ello los polinsaturados (vegetales) son hipocolesteremiantes.

6. - Equilibrio entre el almidón y los azúcares solubles. - En dieta rica todos los orígenes de los H de C deben estar representados: Féculas (ricas en almidón), verduras y frutas (ricas en glucosa y fructosa) y leche (rica en lactosa).

El almidón (polisacárido) tarda más en ser utilizado por el organismo.

7. - Equilibrio entre los glúcidos y las vit. del complejo B. -

Ya que las vit. actúan enzimáticamente en la metabolización de los glúcidos.

8. - Equilibrio entre la vit. E. y los ac. grasos no saturados. - La necesidad de una, aumenta, al aumentar el otro.

9. - Equilibrio entre Na y K. - La absorción del K entraña eliminación masiva del Na.

10. - Equilibrio entre P y Ca. - Es equilibrado cuando la cifra de P no sea mas del doble del Ca.

En el anciano el nº de calorías están disminuidos respecto al adulto; 1800-2000 para ambos sexos. No disminuye el mínimo proteico: 1g./Kg./día. Debe aumentarse la cifra de Ca; 1000 mg/día para prevenir osteoporosis.

El viejo ha tardado más que otras edades en beneficiarse del conocimiento de los factores nutricionales de la salud humana,

por ejemplo: los niños. Quizá porque ellos desde niños, no se han configurado para esta forma de entender la nutrición.

Su nutrición viene definida sobre todo por disminución de la actividad, luego lógicamente necesita menor consumo de energía y por ende menos aporte.

Pero ello no justificaría la cantidad de ancianos malnutridos que tenemos.

Esto se aclara por:

- 1.- Soledad y aislamiento. - Fallecimiento, muerte de familiares.
- 2.- Ignorancia. - Por anorexia, dejación, con tal de no ir a la compra y el "escorbuto viudal" por muerte del conyuge.
- 3.- Confusión mental. - Depresiones del anciano que vive solo. Apatia.
- 4.- Impedimento físico. - La invalidez que es obstaculo para adquirir alimentos o hacerse la comida.
- 5.- Miseria. - La pobreza o el estar en débito continuo, le hace perder interes por todo, hasta por la comida.
- 6.- Anorexia. - Por enfermedades que estan produciendo mala nutrición, subalimentación.
- 7.- Dientes. - Dentadura defectuosa que le obliga a estar a dieta de alimentación solo blanda.
- 8.- Malabsorción. - Por intolerancia a determinados principios: Lactosa(alactasia), gluten del trigo o centeno, etc.
- 9.- Alcoholismo. - Las calorías aportadas por licores, les impiden echar de menor otras.
- 10.- Mayores necesidades de Proteinas. - Como puede suceder en úlceras de decubito.

El error mas frecuente no suele residir en la cantidad sino en la calidad de la comida. Por ej.: ingerir mínimas cantidades - de proteínas animales o vitaminas que son insustituibles como Ca, Fe, VitC y D, etc.

Resumiendo podemos decir:

A). - Hidratos de carbono. - Restringirlos aunque el anciano español suele abusar de ellos: por baratos, agradables, fáciles de preparar y haber sido lo normal en estas décadas de pre y post-- guerra. Lleva al sobrepeso.

B). - Grasas. - Ignorarlas pues en cualquier dieta, hay cantidad suficiente de ellas.

C). - Proteínas. - Ingreso mínimo 1g/kg/día que equivale a -- 200g. de carne, que se debe aumentar en infecciones, desnutrición, etc., pues es el deficit más corriente del anciano: se puede sustituir la carne por pollo, huevo (1huevo = 35g. de carne) y leche - (1 litro = 70g. de carne).

D). - Vitaminas. - Nunca hay déficit de una sola sino de varias:

Vit. A. - No se destruye al cocinar. Está en frutas y vegetales.

Vit. D. - Se sintetiza en la piel por el sol. Está en la leche, huevos, mantequilla.

Vit. C. - En naranjas, limones y menos en patata. En invierno al carecer de estos productos puede haber deficiencia y dá:

Equimosis

Anemia

Gingivitis

Petequias sublinguales.

Sufusiones hemorrágicas

Ac. Nicotínico. - Se ve deficit a veces dando:

Dermatitis

Diarrea

Demencia

Riboflavina. - Está en el hígado, leche, huevos, vegetales.

Se destruye con la cocción y aparecen:

Estomatitis

Vascularización corneal (Administrar polivit. aminicos).

Sind. Orogenital.

Vit. B. 12. - Ocurre la carencia casi siempre por Gastritis atrófica con acloridria y carencia del factor intrínseco dando:

Neuropatías periféricas

Miopatías

Anemia a veces

Tratamiento: Huevos, carnes o los dos.

Vit. B12 con complejo hepático.

Ac Fólico. - Suele coincidir con deficit de vit, B-12 y sucede: infección crónica

Alcoholismo

Artritis dermatóidea

Neoplasias

Reabsorción

Administración de fenilbutazona

Se debe Tratar con complejos vitamínicos o verduras.

E). - Principios Minerales. -

Sodio y cloro. - Se suelen tomar en cantidades suficientes .

Potasio. - Suele ser deficitario y si administramos diuréticos, precipitar una hipopotasemia. Y por causa de ello, después intoxicación digitalica

Requerimientos diarios necesarios: 60 m. Eq de K

Calcio. - Se acompaña normalmente de déficit de vit. D o malabsorción.

Hierro. - Se encuentra en carne, vegetales y huevos. En estadísticas: Un 30-40% de ancianos presenta ferropenia debida a:

Hemorragias gastrointestinales

Hernia diafragmática

Diverticulitis

CONCLUSION: . Aparte de dar modelos, ya hechos debemos hacer que los alimentos para el anciano deban:

- Ser poco abundantes.
- Atractivos, para estimular su poco apetito.
- De fácil masticación y digestión, evitando especias, grasas excesivas, etc.
- Aumentar el nº de comidas y disminuyendo la cantidad en cada una de ellas.
- Tener en cuenta siempre sus gustos y la limitación que nos imponga su salud.
- Saber el valor calórico de los alimentos al confeccionar la dieta.

5.2.2. - TOXICOS. -

Antes que nada hay que mencionar la intoxicaciones que dan los propios alimentos:

1. - Obesidad. - El mayor trastorno dietético es el exceso - de alimentación que se da como hemos visto estadísticamente en -- muchos ancianos. Ello se evitará con:

- Control de peso y dieta adecuada.
- Vigilar patología subclínica: Diabetes, gota, A.E. alcoholismo.
- Aporte calórico justo.

2. - Alimento contaminados. -

a). - Por insecticidas; con que se fumigan huertas, etc.

b). - Sustancias químicas para conservación: Ac. Sórbico
Ac. Benzóico
Nitrito Sódico

Antioxidante: Ac. ascorbico (vit. C)

Congelación (cristalizaciones a -15º)

Radiaciones

c). - Excesivamente calentados

d). - Con germen: Botulismo

3. - Sustancias tóxicas a alimentos naturales. -

Nitratos por abonos naturales nitrogenados (basuras)

Favismo en habas dando una forma de anemia hemolítica

Micotoxinas como las aflatoxinas (leucopenias, cáncer)

Latirismo en harina de almortas.

4. - Sustancias acompañantes del vino. -

Tiramina (en vino de Chianti)

Histamina

Putrescina

Acetaldehído (españoles)

5. - Abuso del alcohol crónico. - Constituye una enfermedad con sus secuelas.
6. - Tabaco. - Tan perjudicial en bronconeumopatias crónicas, enfisema, asmáticos, etc. Causa de carcinoma bronquial demostrada.
7. - Sedentarismo. - Con sus secuelas de úlceras tróficas, - atrofias musculares, distrofias, amiotrofias, deformidades óseas e invalideces posteriores.
8. - Cargas psíquicas. - Espinas mentales constantes que pueden influir en anorexias, conductas irregulares, deficiencias nutricionales.
9. - Sal o alimentos salados. - Una ingestión abusiva es perjudicial para enfermedades renales o cardíacas.
10. - Exceso de café, té, picantes o sazonados. - En alimentos con perjuicio para enfermos de afecciones gástricas, intestinales, etc.
11. - Medicamentos incontrolados , con uso y abuso no controlado y a veces disimulado por comodidad para los propios médicos.

5. 2. 3. - MEDIDAS HIGIENICAS PARA EL ANCIANO

Todo ello con la conciencia de que algo quede olvidado, obliga al geriatra a formular una cartilla o cartón "DE SENEC TUTE" donde se le dé una información mínima al anciano de las reglas de oro, que debe observar para mejorar su salud actual y prevenir los achaques posteriores. No citamos drogas que -- crean condicionamientos o dependencias (En España no constituye problemas aún : Heroína, etc).

En él deben figurar:

A). - Las medidas preventivas citadas anteriormente:

Vacunaciones antigripales ó anticatarrales.

Vigilancia médica periódica

Dieta adecuada

Supresión de Tóxicos: café, tabaco, alcohol.

B). - Movilización activa:

Deportes adecuados a su edad: gimnasia sueca, ejercicios respiratorios.

Aunque requiera dependencias adecuadas: Golf, tenis de mesa, natación en climatización de piscina.

Rehabilitación cuando hay lesiones previas.

T. Ocupacional como prevención y curación

Evitar encamamiento prolongado: Con formación de úlceras de decúbito, Trombo-embolias.

C). - Higiene corporal:

Ritmo del sueño.

Pies: desde uñas, callos, úlceras, etc.

Piel: cuidado de la misma que se deseca y descama fácil.

Sol: evitar el exceso, formación de cancer cutáneo.

Ojos: gafas.

Oidos: Tapones.

CAPITULO VI

- 6.1. - Rehabilitación: TECNICAS EMPLEADAS.
- 6.2. - Síndromes Invalidantes: su rehabilitación.
 - 6.2.1. - Artrosis.
 - 6.2.2. - Hemiplejía.
 - 6.2.3. - De origen extrapiramidal: Parkinson.
 - 6.2.4. - Enfermedad pulmonar Obstructiva.
 - 6.2.5. - Fracturas más frecuentes en el Anciano.
 - 6.2.6. - Amputados.
- 6.3. - Terapia Ocupacional en los Síndromes Invalidantes.
- 6.4. - Trastornos del Lenguaje.

6.1. - TECNICAS DE REHABILITACION

Vamos a repasar someramente las técnicas de rehabilitación más comunmente utilizadas por nosotros en el servicio geriátrico que ocupa nuestro estudio.

FISIOTERAPIA. - Como su nombre indica es la parte de la Terapéutica que utiliza a los Agentes Físicos como medio de terapia. Aunque etimológicamente equivale a Terapéutica Física, es una parte de ella puesto que no abarca la utilización de todos los elementos físicos. Tambien se puede utilizar como medio diagnóstico excluyendo de este apartado las radiaciones ionizantes que competen a la Radiología.

EFFECTOS DE LOS AGENTES FISICOS. - Son tres:

- Efecto Térmico: Produciendo calor.
- Efectos químicos: Con la puesta en marcha de reacciones químicas.
- Efectos cinéticos: Movilizaciones de estructuras.

1. - ELECTROTERAPIA. - Son medios artificiales que se emplean beneficiosamente contra los efectos que el envejecimiento produce en los ancianos. Tiene la ventaja de ser inocuos y se pueden medir.

Entre ellas tenemos:

- Corrientes Galvánicas y Farádicas: producen una acción tónica, analgésica y sedante, actuando sobre el aparato locomotor, sobre el tono muscular, la rigidez ligamentosa y mejorando la elasticidad del aparato vascular.

Entre sus indicaciones más corrientes están:

Osteoporosis senil, Artritis y flebitis con linfoedema, parálisis faciales, vértigos, subidos, etc.

Quizá la máxima indicación sea como electroestimulación: aplicada la intensidad de la corriente en su grado mínimo sobre un músculo.

culo produce la contracción de éste, previniendo su atrofia completa. Se usa en aplicaciones diarias de cinco minutos de duración.

2. Onda Corta. - Es una corriente de alta frecuencia sin efectos neuromusculares que produce calor a su paso por los tejidos, por lo que se le llama DIATERMIA. Es muy analgésica, activa la circulación y está aconsejada en Artritis, Flebitis, etc.

3. Ultrasonido. - Es selectivo en el alivio de dolores, pero hay que tener precauciones por la fragilidad de su circulación y sensibilidad cutánea.

4. Radicaciones Ultravioleta. - Es la parte no visible de la luz con acción fotoquímica, se usa como bactericida y antirraquítica. En los ancianos está indicada escasamente. Si acaso en fracturas, artritis, tuberculosis ósea, etc.

5. Radioterapia. - Tiene un campo muy extenso en Geriátrica como antitumoral, cuando se utiliza como profunda. Como superficial posee una acción antiflogística, antiálgica y descongestiva.

6. Infrarrojos. - Provenientes de la luz como la Ultravioleta, esta indicado en procesos dolorosos, circulatorios, articulares o neuríticos, siempre que no tengan carácter inflamatorio.

CINESITERAPIA

Procedimiento terapéutico de las enfermedades por el movimiento.

Según que participe el paciente o no en esta terapia, se divide en: activa, en la cual participa de una manera activa y voluntaria.

Forzada, participa sin su voluntad.

Pasiva, estas dos últimas sin concurso del paciente.

Cinesiterapia pasiva. - Consiste en movimiento obtenido gracias a una fuerza externa que puede ser la fuerza de la gravedad,

la mano del fisioterapeuta o una ayuda mecánica. Para lo cual, el paciente debe estar instruido convenientemente a no ayudar, a resistir estos movimientos. Las técnicas que se utilizan para la cinesiterapia pasiva: la manipulación, tensión, tracción, etc., es tán indicadas para conservar el trofismo muscular, las imágenes del esquema corporal, buscando estímulos y recuperando movimien tos articulares normales.

Cinesiterapia forzada. - Es otra forma de Cinesiterapia, en la cual se incluyen técnicas de estiramiento muscular, vertebral, elongaciones, etc., por lo cual ha de conocerse la anatomía, púes si no, puede ser peligroso para el enfermo geriátrico.

Cinesiterapia activa. - Estos movimientos se realizan con la voluntad del paciente, el cual es dirigido, ayudado o resistido por el fisioterapeuta.

Se practican tres formas distintas:

1. - Cinesiterapia activa asistida: en la cual el paciente no consigue vencer el peso del segmento distal de su extremidad, pe ro si lo puede conseguir con la ayuda manual del fisioterapeuta, eliminando la gravedad y el roce; o con ayuda instrumental como son:

- a). - Planos de deslizamiento: superficies lisas con polvos de talco, bolas, patines, etc.
- b). - Métodos de suspensión.
- c). - Métodos de inmersión.
- d). - Aparatos mecánicos: rueda de hombro, mesa de mano, espalderas, tractores de columna, empuñadoras de prono supinación, etc.

2. - Cinesiterapia Activa Resistida. - En ella el paciente opo ne resistencia voluntaria a la fuerza exterior, la cual puede ser manual, (fisioterapeuta) o instrumental (pesos, poleas, muelles, re

sortes, contrapesos, etc.).

Esta resistencia se puede hacer en una articulación sola o en general, en numerosas articulaciones. Según el tipo de contracción será isométrica o isotónica.

Toda la Cinesiterapia Activa o Pasiva es muy eficaz en Geriatría, pero las sesiones de ella deben ser de menor intensidad y duración que a otras edades, haciendola progresiva gradualmente.

MASAJE. - Es un conjunto de manipulaciones sobre parte o la totalidad del organismo para provocar modificaciones terapéuticas, pero deben ser usada muy discretamente en geriatría, donde existen lesiones cutaneas de caracter degenerativo, benigno o no, frecuentemente.

GIMNASIOTERAPIA . - La gimnasia funcional a no ser la de tipo sueco en forma muy suave no esta exenta de peligro en los ancianos. Su uso debe rehuir de todo espíritu competitivo como sucede en persoans más jóvenes, o de cualquier esfuerzo que pueda precipitar un retorno de la masa sanguínea hacia el cerebro o corazón.

La lista de deportes mas apropiados a la tercera edad como son la marcha, el sky, la natación o el tenis requieren gastos calóricos muy elevados y empleo a fondo del sistema cardiovascular. Si se practican, debe ser en salas o piscinas climatizadas o en espacios muy abiertos y sanos, sin cambios bruscos de temperatura.

TECNICAS DE RELAJACION. - Son técnicas que tratan de producir una decontracción muscular (reposo), una distensión psíquica (relajación), lo cual es la inmovilidad.

Sus efectos beneficiosos son sobre la respiración, circulación, metabolismo y funciones nerviosas.

Usan técnicas especiales como métodos globales de Psicote-

rapia (Método de Schulz) y Método Analíticos de Relajación Progresiva (Jacobson), sus efectos hacen disminuir la fatiga, tanto local como general, usando factores coadyudantes: penumbra de luz, aire cálido, respiración controlada, movimientos pasivos, utilizando el agua en forma de ducha tibia para los ancianos, masajes suaves, etc.

Sus indicaciones principales están en cefaleas, algias, insomnio, hipotensión arterial, etc.

6.2. - SINDROMES INVALIDANTES EN GERIATRIA. -

Por la extraordinaria incidencia que practicamente y por me
dios estadísticos hemos detectado en la asistencia de los pacientes
que acuden al Hospital de Día, vamos a ennumerar de modo detalla
da, aquellos síndromes cuyo tratamiento es habitual en nuestro centro
tro.

Por sistemas destacan en el sistema osteoparticular la artro-
sis, en patología vasculo-cerebral la hemiplejia y en aparato res-
piratorio, la bronconeumopatía crónica, como síndromes-muestra de
las distintas variedades nosológicas que han pasado por las distin-
tas secciones de terapia ocupacional y rehabilitación de este nivel
asistencial.

6.2.1. - ARTROSIS . -

Enfermedad degenerativa articular senil. Es un síndrome his_{topatológico} en el que estan alteradas la renovación cartilaginosa y el remodelamiento óseo, lo cual determina un cuadro clínico que en síntesis es: dolor, perturbación funcional e impotencia motora y que radiologicamente se diagnostica por osteofitosis, pinzamiento de interlinea articular, eburneización del hueso subcondral en las zonas de apoyo, etc.

Etiologicamente puede deberse a procesos traumáticos, artritis reumatoide, necrosis aséptica, yatrogenia corticosteroide, neurológicas (tabes,iringomielia, etc.).

SINDROMES REGIONALES. -

En columna vertebral: discartrosis, osteocondrosis, espondiloartrosis, espondilosis, etc. Localizadas en zona cervical, dorsal o lumbar.

En cadera: dando coxartria o coxartrosis (Paget, osteocondromatosis traumáticas, postartríticas, postinfecciosas, etc).

Rodilla: Gonartrosis.

TRATAMIENTO. - Aparte del esquema general de tratamiento medicamentoso (analgésicos, antiinflamatorios, relajantes, musculares, sedantes, corticoides, etc) y las medidas de reposo, descarga de articulaciones y adopción postural, existe el tratamiento rehabilitador específico que consta de:

Calor: es muy importante y va desde el clásico ladrillo hasta la aplicación de electroterapia e hidroterapia. (El calor húmedo va mejor en los brotes agudos sirviendo de analgésico hiperémico y -relajante: Piscina climatizada).

Dentro de la Electroterapia se deben usar preferentemente las corrientes de alta frecuencia (onda corta y micro-onda).

TRATAMIENTO REHABILITADOR PROPIAMENTE DICHO. -

Se debe distinguir la actuación rehabilitadora según sea en articulaciones con carga o sin carga.

1. - Articulaciones con carga. - Se deben conseguir los siguientes fines:

- a). - Descargar la articulación: con reposo, tracciones, alza, escayola, bastones y muletas si es necesario.
- b). - Modificar la estática: con tracción continua, es cayolados sucesivos, corrección postural mediante pesos o poleoterapia, manipulaciones, etc.
- c). - Aumentar la movilidad articular: aplicando calor, masaje subacuático, hidrocinestoterapia, ejercicios activos (asistidos o contra resistencia) y pasivos (cuidado de sobrepasarlos con producción de dolor).
- d). - Aumentar la potencia muscular: mediante cinesitera pia activa:
 - Con ayuda del fisioterapeuta.
 - Suspensoterapia o Poleoterapia.
 - Cargas directas (De Lorme).

2. - Alteraciones sin carga. Se debe seguir el mismo esquema:

- a). - Corregir las deformidades, si es posible.
- b). - Aumentar la movilidad articular.
- c). - Aumentar la potencia muscular y la estática.

3. - Articulaciones mixtas. - Son aquellas en las cuales se dan las dos circunstancias: con y sin carga. Nos referimos a la columna vertebral, con fallo selectivo en dos localizaciones: Región Cervical y Región Lumbar.

a). - Región Cervical: Las medidas a efectuar son:

- Descargar la articulación mediante collarete.
- Corregir deformidades, variando la postura.
- Movilidad articular: con ejercicios cinesiterápicos o tracciones. Se cuelga al individuo mediante aditamentos en mentón y occipital, con contrapeso según corpulencia y en sesiones ascendentes de 10 hasta 20 minutos se hace un tratamiento de una duración total de 20 días.

b). - Región Lumbar. - Corregir deformidades mediante corsés, fejas, etc.

- Tracciones que se deben evitar en la fase aguda y que pueden ser de tipo mecánico o eléctrico y de un modo continuo o intermitente.
- Hidroterapia con movimientos subacuáticos: rotación, flexo-extensión, etc.
- Ayudas mecánicas, muletas, etc.

REGLAS QUE SE DEBEN SEGUIR SIEMPRE:

- 1. - Efectuar pocos movimientos. No fatigar.

2. - Llegar a la máxima amplitud articular sin producir do
lor.

3. - Realizar los movimientos contra una resistencia siem-
pre adecuada.

6.2.2. - HEMIPLEJIA: SINDROME ENCEFALICO PIRAMIDAL

La hemiplejía es un síndrome ocasionado por la lesión de centro o vías del Sistema Piramidal, lo cual conlleva una pérdida mas o menos completa de la motilidad de la mitad del cuerpo (derecho o izquierdo), aunque existen formas dobles: diplejía.

Podemos distinguir varias formas según la localización de la lesión o según la causa de la misma.

Según la localización pueden ser:

- Cortical.
- Capsular.
- Protuberancial.
- Bulbar.
- Espinal.
- Bilateral (pseudobulbar).

Lo cual nos va a permitir el diagnóstico exacto de la lesión si averiguamos tambien las causas.

Según las causas pueden ser:

- Por accidentes vasculo-cerebrales que a su vez pueden ser:
 - Trombosis cerebral (arteriosclerosis).
 - Embolia Cerebral (de origen cardiaco o no).
 - Infarto Cerebral: por trombosis venosa, hipotensión, artritis, anemia o policitemia, etc.
 - Hemorragia intracraneal (hipertensión, aneurisma, fístula arteriovenosa, hematomas subdurales o epidurales, causas hemorragíparas, tumores, etc.).

- Hemiplejías por otras causas:

- Infecciones localizadas (abcesos, tuberculoma).
- Procesos inflamatorios (meningitis, encefalitis).
- Hidatidosis Cerebral.
- Intoxicaciones (uremia, etc.).

Por frecuencia, un 40% son trombosis las que producen hemiplejía, un 22% embolias y un 16% hemorragias en términos generales.

CLINICA DE LA HEMIPLEJIA. -

Pasa por tres periodos clínicos:

Fase de Coma.

Fase de hemiplejía flácida.

Fase de hemiplejía espástica.

Nosotros en este nivel asistencial generalmente tratamos la fase flácida que suele ser transitoria, y la fase espástica que suele ser mas incidente y permanece permanentemente. Luego es lógico que vamos a actuar contra la "hemiplejía secuela" que suele ser mas incidente, teniendo las siguientes características: parálisis, hipertonía, sincinesia, alteraciones para los craneales, trastornos de la sensibilidad, del lenguaje, del carácter, de la personalidad y a veces alteraciones de esfínteres.

Mas tarde, suele aparecer otro cortejo sintomático: alteraciones articulares (dolores, rigideces, contracturas y deformidades), úlceras de decúbito o escaras, trastornos tóxicos, etc.

Pronóstico. - Antes de instaurar el tratamiento rehabilitador nosotros tenemos que valorar las siguientes partes:

1. - Exporación neurológica.
2. - Etiopatogenia del cuadro hemipléjico.
3. - Localización y extensión del daño neurológico.
4. - Tiempo transcurrido desde el establecimiento del cuadro neurológico.
5. - Edad y peso del Paciente (a mayor edad, menor recu
ración).
6. - Lado corporal afectado.
7. - Colaboración y psiquismo del enfermo.
8. - Existencia o no de comparsa sintomatológica: alteraciones de la sensibilidad, trastornos tróficos, deformidad del es
quema corporal, etc.
9. - Patología coexistente: cardíaca, respiratoria, metabólica, etc.

TRATAMIENTO REHABILITADOR. -

Sin tocar el tratamiento médico específico en cuanto a la fisiopatología de todos los "ictus", la terapéutica rehabilitadora se basa en la recuperación del movimiento lo más pronto posible, tra
tando de evitar que puedan presentarse complicaciones de cualquier tipo: psicológicas, mentales tróficas, del lenguaje, etc. Para lo -
cual este tratamiento debe ser lo mas precoz posible en las disting
tas fases que hemos descrito.

TRATAMIENTO REHABILITADOR DEL HEMIPLEJICO. -

Para instaurar este tipo de tratamiento, nos sirve de pauta el efectuarlo según los distintos periodos que atraviesa la enferme
dad nosológica que causa hemiplejía, variando según el sujeto se

encuentre vigil, shockado, flácido, espástico, etc, pero esquemáticamente debe cumplir las siguientes medidas fundamentales:

1. - Medidas Preventivas y de mantenimiento: Sus fines tratan de:

- Evitar las complicaciones generales (trastornos respiratorios, hipostasia).
- Evitar complicaciones locales (rigideces, deformaciones articulares, etc).

Esto se consigue:

- a). - Tratamiento Postural. - Así como al estar encamado deben variar los decúbitos, al sentarlo, procurar que descubra su esquema corporal y al andar darle la sensación de apoyo, equilibrio y seguridad evitando el derrumbamiento sobre todo a los flácidos.
- b). - Movilizaciones pasivas. - Mediante movimientos efectuados por fisioterapeutas.

2. - Medidas de Reeducción activa:

- a). - Concienciación del movimiento: tanto para los ejercicios activos como para los pasivos, que el paciente con el tiempo actúe voluntariamente en ellos.
- b). - Técnicas de facilitación neuromuscular propioceptiva. Entre todas destaca la de Kabat, que con sus famosos "patrones", efectúa movimientos globales espirales y en diagonal en forma de ejercicio activo-resistido contra resistencia máxima, en los cuales el pa-

ciente colabora y el fisioterapeuta da órdenes simples como "relaje", "estire", "apriete", etc. Esta técnica está indicada para combatir la espasticidad, en la cual está aumentado el umbral de excitación, pudiendose utilizar en pacientes encamados largo tiempo para evitar la atrofia muscular.

Otras técnicas de menor uso son las:

Método de Bobath. - Se basa en el desarrollo del control inhibitorio de la postura o de los reflejos posturales exaltados, por lo cual tambien se llama de INHIBICION REFLEJA. Utiliza reacciones -- aprendidas durante la niñez, tratando de reutilizarlas. La recuperación se debe hacer como en el niño, de una manera centrofugal, usando la propia técnica de facilitación propioceptiva, la motivación y la relajación. Así efectúa reacciones de enderezamiento (de cuello, cabeza, protección con brazos, etc), reacciones de equilibrio (ajustes posturales con centro de gravedad) y cambios adaptivos del tono muscular para protegerse de la fuerza de la gravedad.

- Técnica de Estimulación Psicológica Específica de Salvan y Zilli, muy útil en la reeducación de la mano pero que requiere cierto grado de lucidez, conservación de vista y lenguaje para poderse concentrar el paciente, al ser aplicada esta técnica.

c). - Terapia Ocupacional en el Anciano Hemipléjico. - Tiene por misiones fundamentales:

1. - El desarrollo de la extremidad superior sana para convertirla en dominante, hasta que la extre

midad afecta sea lo suficientemente útil, sirviendo de estabilizadora y ayuda de la extremidad indemne.

2. - Métodos para mejorar la coordinación y destreza, procurando que el trabajo cumpla las siguientes funciones:

- Elegir una actividad similar a la que realizaba antes.
- Seguir un esquema de trabajo desde la zona proximal a la distal.
- Que el trabajo sea reiterativo y lento.
- Que las sesiones de terapia laboral sean cortas, intercalando terapia recreativa, etc.

3. - Las enseñanzas de las Actividades de la Vida Diaria se deben establecer pronto y potenciarse, enfocando el aprendizaje de una nueva ocupación si fuera menester y usando ayudas externas como adaptadores, muletas y bastones para lograr una independencia máxima para comer, vestirse, escribir, deambular, etc.

d). - Reeducción de la Marcha. - Se realizará en varias etapas:

1. - Preparación a la puesta en pie:

- a). - Equilibrio sentado.
- b). - Adaptación a la verticalidad.

2. - Métodos para mejorar la coordinación y destreza en los movimientos.

3. - Medidas específicas para luchar contra las espasticidad (calor, medicación relajante, infiltraciones anestésicas, técnicas de inhibición periférica, etc.
4. - Medidas ortopédicas: las más empleadas son en pacientes hemipléjicos:
 - Cabestrillo para la extremidad superior afectada, flácida.
 - Férula para la extensión de dedos y mano de la extremidad superior afectada.
 - Dispositivos ortopédicos para corregir el equinismo del pie hemipléjico: muelles y tensores antiequinos.
5. - Tratamiento psicológico estimulativo del paciente.
6. - Recuperación del lenguaje: logoterapia.
7. - Tratamientos especiales: quirúrgicos, psiquiátricos, etc.

PRINCIPIOS DE APLICACION DE LA METODCA REEDUCATIVA DEL ANCIANO HEMIPLEJICO. -

- El anciano hemipléjico, en igualdad de condiciones ofrece las mismas probabilidades de rehabilitación que otros sujetos de edades menos avanzadas.

- No existe diferencia alguna en los métodos usados al aplicar a ancianos si las lesiones neurológicas son las mismas.

- Las condiciones que pueden limitar el tratamiento fisioterápico sin contraindicarlo, solo están justificadas por la asociación

de enfermedades de otra índole: Respiratorias, metabólicas, cardiorespiratorias, osteoarticulares, etc., lo cual es frecuente en la edad senil.

- El límite prospectivo de vida no se puede aducir como razón para indicaciones fisiátricas en cuanto al tiempo reeducativo, aunque el programa rehabilitador se pueda enfocar mas a conservar posibles actividades sociales que no con fines laborales.

6.2.3. - SINDROMES INVALIDANTES DE ORIGEN EXTRAPIRAMIDAL.

El sistema extrapiramidal en sus componentes corticales de cuerpo estriado y formaciones subópticas se diferencian de la vida piramidal por no tener relación alguna con la motilidad consciente, pero desempeña una función reguladora de los movimientos muy importantes, actuando de una manera inconsciente sobre el tono muscular y correlación armónica de los músculos.

Cualquier enfermedad de este tipo produce:

- Alteración del tono muscular.
- Aparición de movimientos anormales, perturban la coordinación motriz, pudiendose dividir en:
 - a). - Disquinesias rítmicas (Parkinson).
 - b). - Disquinesias arrítmicas (Corea, Atetosis, Hemibalismo, etc.).

Dentro de la totalidad de enfermos recibidos en el Hospital de Día destaca por el control que exige su tratamiento los enfermos de Parkinson cuyo capítulo vamos a tratar sucintamente.

ENFERMEDAD DE PARKINSON. - Es una enfermedad crónica progresiva que afecta al Sistema Nervioso, con hipertonia e hipocinesia.

Etiología. - Aunque las dos grandes causas que motivan la aparición de este síndrome son la Arteriosclerosis cerebral y la encefalitis epidémica también puede deberse a traumatismos, intoxicaciones, factores emocionales, etc.

Clínica. - De evolución insidiosa y gradual presenta la siguiente sintomatología:

- Temblor de reposo al principio y que disminuye con el

movimiento, lo cual utilizaremos para tratamiento reha**bi**litador.

- Rigidez muscular e hipertonia extrapiramidal que se va acentuando con el tiempo, determinando una actitud característica: mantenimiento de tronco y cabeza en flexión, hacia adelante.
- Pérdida o escasez de movimientos automáticos (acinesias o bradicinesias).
- Trastornos psíquicos (hiperemotividad), terquedad, melancolía, lentitud en el pensar, pero conservando la inteligencia normal.
- Reflejos conservados, aumentando la rigidez con la aproximación de inserciones musculares.
- Lenguaje monótono con ligera disartria. La escritura tiende a la micrografía (rasgos lentos, inseguros, etc).
- Sudoración profusa, fijeza en la mirada y facies brillante, como alteraciones neurovegetativas.

Esta sintomatología corresponde más bien al Parkinson de etiología arteriosclerótica.

Tratamiento. - Puede ser:

1. - Médico. - Que se puede subdividir en etiológico (arteriosclerosis) y sintomático, drogas de efecto anticolinérgico (L-DOPA) a dosis ascendentes según la tolerancia del enfermo, (Akineton, Artane, etc).

2. - Quirúrgico: Solo en caso de indicaciones muy precisas (Estereotaxia), mediante lesiones en tálamo, putamen y pálido con calor, frío y acción química. Tiene éxito sobre temblor y rigidez, no para la movilidad.

3. - Tratamiento rehabilitador. - Sus técnicas complementan al anterior, actuando sobre la motilidad.

Debe ser de aplicación precoz y mantenimiento a lo largo de toda su vida, por lo cual hay que explicar al paciente la naturaleza de su enfermedad, infundiéndole confianza, pero eliminando falsas concepciones de esperanza.

La rehabilitación bien dirigida supondrá indudable mejoría pero tendrá mayores posibilidades cuanto menor sea la edad y la invalidez.

La metódica de este tipo de tratamiento debe seguir la siguiente pauta:

a). - Prevención y tratamiento de las retracciones musculares mediante:

- Manipulaciones pasivas, previa relajación muscular - con calor, movimientos pasivos, etc.
- Empleo de férulas graduables progresivas.
- Potencialización de grupos musculares antagonistas.
- Estimulación constante de la atención del paciente (sonoras, visuales, táctiles, etc), sin llegar a la fatiga, que se manifestará por aumento de temblor y pérdida de equilibrio.

b). - Ejercicios de independización. - Empleando estimulaciones y mandatos enérgicos para mantener viva la atención del paciente; se iniciarán en la cama y se continuarán en sedestación y bipedestación. Se debe procurar la extensión a lo largo del tratamiento: decubito prono, estribo de agarre, espejo para aliviar cuello, etc.

c). - Rehabilitación respiratoria, si es menester.

d). - Tratamiento del lenguaje y de la mímica.

e). - Tratamiento del temblor y la rigidez con:

- Prácticas de relajación y movimientos activos, rápidos y alternantes.
- Empleo de mecanismos de estimulación propioceptiva (pesos, bastones, etc).
- Estímulos repetidos de golpeteo en zonas musculares temborosas (masajes).

f). - Marcha. - Desarrollando coordinación, equilibrio y automatismo con paralelas, peso en cabeza, mazas en manos, pista de cuadros, etc.

g). - Terapia Ocupacional. - Los fines de ésta se dirigirán a mantener la movilidad y autocuidados con vista a facilitar las necesidades sociales presentes y futuras, ejecutando los trabajos en lugares altos, los desplazamientos y la sociabilidad.

h). - Fomentar la cooperación y comprensión familiar, con objeto de mejorar las motivaciones de estos pacientes.

i). - Psicoterapia de apoyo en las fases de mutismo o depresión.

En resumen: El tratamiento rehabilitador en estos pacientes es fundamentalmente alargar y mantener las posibilidades.

6. 2. 4 - SINDROMES INVALIDANTES RESPIRATORIOS: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

En el anciano es muy frecuente la Bronconeumopatía Crónica que acaba por obstrucción, ya sea broquial o parenquimatosa, conduciendo a una insuficiencia respiratoria crónica. Constituye uno de los problemas sanitarios más importantes de nuestro tiempo. Dentro de este apartado podemos incluir otros trastornos como el asma, la bronquitis aguda, enfisema, etc, que llevan a grados variables de invalidez, manifestados principalmente por disnea y fatiga. El plantearse un tratamiento rehabilitador eficaz exige la contribución de varias disciplinas: Técnicas terapéuticas médicas, físicas, psicológicas y vocacionales.

Un tratamiento continuado en equipo será la única solución para el alivio de los ancianos con esta problemática:

1.- Terapeúta de la Inhalación: se realiza por medio de aerosoles o inhalación con presión positiva intermitente.

a). - Aerosoles. - Es el método para evitar la obstrucción causada por el broncoespasmo, retención de secreciones espesas y edema de pared bronquial. Los aerosoles pueden ser utilizados con sustancias:

- Broncodilatadoras (receptores B_1 y B_2)
- Betasimpaticomiméticos (adrenalina y efedrina).
- Mucolíticas (derivados de la Cistina).
- Antibióticos.
- Derivados de Kelina (Intal).

b). - Respiración con presión positiva intermitente (I.P.P. B.).

Su fundamento se basa en la creación de espacios muertos fisiológicos del pulmón por las enfermedades obstructivas o crónicas, al no existir presiones diferenciales, con lo cual no se dilatan los alveolos y no hay ventilación.

Es un método de tratamiento muy importante pero requiere buena selección del aparato y es necesario obtener personal entrenado para su aplicación.

2. - Higiene Bronquial. - Se consigue mediante drenaje postural rotatorio, con decúbitos que deben ser siempre perpendiculares al bronquio de drenaje del segmento pulmonar que requiera atención específica.

A la vez, se deben hacer percusiones torácicas - con la mano abierta, evitando molestar al paciente.

Si el estado del enfermo hace difícil el drenaje - postural, se debe acompañar de ayuda ventilatoria o administración de oxígeno por cánula nasal a ritmo de 3 ó 6 litros por minuto.

Estos métodos deben hacerse con ensayos previos y si hay aparición de secrecciones mucoides o mucopurulentas, se debe seguir hasta aclarar las vías aéreas.

3. - Educación del paciente. - El paciente debe colaborar en el programa, lo cual se debe lograr relajándolo, haciéndole comprender su enfermedad, mediante respiración - lenta y relajada, en postura de inclinación hacia adelante y evitando que no inspire profundamente (peligro de aprisionamiento pulmonar).

4. - Cinesiterapia. - Para mejorar la mecánica vertebral

cica que en el anciano es un factor influyente en la modificación de la respiración, debemos esforzarnos en seguir la siguiente pauta:

- Lograr la flexibilidad de la columna vertebral dorsal.
- Autoelongación y extensión de la misma.
- Control de respiración y relajación de la respiración, intentando realizar las flexiones en el ciclo espiratorio y las extensiones en el ciclo inspiratorio.
- Ejercicios para potenciar la musculatura abdominal y paravertebral, que es hipotónica en los ancianos, con lo cual aprovecharemos la "prensa" abdominal, mejorando la respiración.

Con ello vamos a lograr una buena respiración con mínimo gasto y unos controles respiratorios no forzados.

Tos controlada. - Para evacuar mejor las secrecciones, es necesario:

- Tos económica, que no sea explosiva.
- Prolongar el esfuerzo respiratorio con cuidado.
- Utilizar las manos para comprimir las bases del torax.
- Eliminar las secrecciones con el "carraspeo".

Esta rehabilitación física debe ser progresiva con arreglo a lo siguiente:

- Que el control respiratorio es lo primero, la actividad va supeditada al ritmo por lo cual el enfermo no debe prolongar la fase espiratoria y debe seguir las siguientes pautas:

-- La respiración controlada favorece las actividades de la vida diaria del anciano, aun en actitudes físicas exigentes.

-- Se debe adoptar la actividad a la respiración mediante:

- Movilización pasiva de las cuatro extremidades.

- Movilización activa, pasando del decúbito supino a la sedestación y de ésta a la cama.

-- Rotación del tronco.

-- Ejercicio simple de marcha.

- Tolerancia al ejercicio. - El médico debe estar muy pendiente de como el enfermo tolera este tipo de rehabilitación, mediante controles del electrocardiograma, pulso, etc., y el rehabilitador tiene en sus medios (test de la escalera, bicicleta-ergómetro) para medir la disnea, pudiendo aportar oxígeno si llega a ser necesario.

VALORACION DE LA REHABILITACION FISICA EN EL ENFERMO PULMONAR. -

Algunos autores como Paez, Muller y Teilor han evaluado los efectos fisiológicos de programas progresivos de ejercicios y han demostrado que este tipo de medicación llega a obtener disminución de la frecuencia cardiaca, de la frecuencia respiratoria, de la ventilación minuto, del consumo de oxígeno, del porcentaje de carbónico, aumentando pues la reserva funcional. Todo lo cual demuestra su utilidad en la patología geriátrica pulmona.

6. 2. 5. - SINDROMES INVALIDANTES TRAUMATICOS EN GERIATRIA. -

En los último años se asiste a un aumento de frecuencia de traumatismos en todas las edades. El anciano cuyo promedio de vida ha aumentado, son quizá los más afectados por sus handicaps (pérdida de percepción de su órganos de los sentidos: audición, visión, reflejos, etc), por causa de accidentes de circulación, caídas casuales, subir y bajar escaleras, etc. A ello se le agrega el problema de la recuperación de cualquier intervención ósea debido a la involución general del hueso (osteoporosis, etc).

Fracturas más frecuentes en el anciano. - Afecta tres regiones fundamentalmente: hombro, muñeca y cadera. Menos frecuentes son: columna vertebral, pelvis, diáfisis de fémur, epífisis tibial, etc.

Prácticamente casi todos los ancianos atendidos en nuestro Hospital de Día, provenientes del servicio de Traumatología eran fracturas de cuello de fémur, producidas por caídas sobre trocánter mayor o por traumatismo indirecto con fuerza transmitida al eje longitudinal de la extremidad. La estructura ósea del anciano predispone a la producción de una fractura aunque el traumatismo sea leve.

NORMAS GENERALES PARA EL TRATAMIENTO DE FRACTURAS EN EL ANCIANO. -

Para consolidar las fracturas en general se requiere una serie de cuidados y vigilancia pero sobre todo inmovilización y en las de extremidad inferior los métodos de tracción continua, lo cual obliga al decúbito supino, favoreciendo la aparición de complicaciones circulatorias (embolias), flebitis, respiratorias (neumonías), dérmicas (úlceras de decúbito), etc.

Solamente cuando estos enfermos llegan a la sedestación pueden favorecerse del tratamiento ejecutado en el Hospital de Día, es decir, cuando se intensifica el tratamiento rehabilitador.

Este tratamiento rehabilitador que implantamos va a quedar - condicionado por la patología acompañante: enfermedades respiratorias, cardiovasculares, deficiencias sensoriales, alteraciones mentales, etc, lo cual nos va a obligar a servirnos de todos los medios habituales (cinesiterapia, electroterapia, ortesis, terapia ocupacional, etc) tratando de lograr la mayor capacidad funcional en el menor -- tiempo posible, adaptando las sesiones a sus posibilidades físicas y cumpliendo su cometido final que es la reinserción social.

El tipo de intervención que haya actuado para corregir la le sión: osteotomía, resección de cuello, artroplastia total o parcial o artrodesis variará ligeramente la iniciación de la rehabilitación de sus fases:

- Antes de la intervención.
- Durante el postoperatorio inmediato.
- Durante la inmovilización enyesada.

Y solamente repercutirá en nuestro cuidado cuando la rodilla y el pie, completamente libres, permitan el apoyo sobre el pie para comenzar a rehabilitar la marcha y a éstas referencias nos vamos a circunscribir:

1. - Periodo de levantarse sin apoyo. - Los enfermos que han estado en tracción-suspensión se levantan al retirar éste, lo que suele ocurrir entre el veinteavo y treintavo día.

Los enfermos que han estado en cama sin ningún aparato se levantan por término medio entre el octavo y décimo día.

La bipedestación se debe hacer de forma progresiva: levantanu

do al enfermo dos o tres minutos todas las horas y aumentando progresivamente esta duración hasta alcanzar los quince minutos de posición erecta por hora.

2. - La pauta rehabilitadora. - posterior dentro del hospital - de día deben tender a:

- Aumentar la amplitud articular. - Con movimientos activos sin pasar de 90º de flexión y 30º de abducción, evitando la rotación hasta la sexta semana.
- Recuperación de la fuerza muscular, desde el primer día - que acude al centro fijando nuestra atención en los gluteos que serán los responsables de conseguir la estática de la pelvis.
- Reentrenamiento al esfuerzo. - Andando con bastones, subir y bajar escaleras con ellos, sentarse y levantarse de asientos, aprender a entrar en una bañera o coche, etc.
- Rehabilitación de los gestos de la vida diaria, comenzando desde el principio el adiestramiento en el aseo personal, desvestirse, etc. La terapia ocupacional se ocupará de esta fase.

Los resultados de estos tratamientos dependerán en gran parte del estado de la cadera opuesta, de la edad y del estado general del sujeto, que aún siendo anciano se debe completar el final con:

- Ejercicios de educación física general.
- Ejercicios de desplazamientos, cada vez más largos.
- Marcha por terrenos de resistencia variable y accidentados: rampas, piso rugoso, arenoso, pedregoso, etc.

Contraindicaciones en la Rehabilitación de la fractura de cuello de fémur. -

1. - Que exista una contraindicación por parte del estado ge
neral.
2. - Que exista anquilosis de la rodilla del mismo lado.
3. - Que exista anquilosis de la cadera del otro lado.
4. - Que exista anquilosis de la columna vertebral (discopa-
tias, espondiloartrosis deformante, etc) impidiendo la -
flexión - extensión de la pelvis.
5. - Porque se produzca una sobrecarga funcional de la column
na vertebral, debida a la lesión de la cadera.

6.2.6. - AMPUTADO: AYUDAS MECANICAS

Dentro de la patología atendida por nuestro centro diurno aparece una serie de discapacitados que se caracterizan por la pérdida de una parte de su organismo. La vejez, al ser un atributo del desarrollo económico-social en cuanto a su perduración, prolongada la vida, pero aumentan las dificultades en cuanto a los sistemas de relación, El viejo que actualmente es un hombre consumido en sus capacidades físicas, intelectuales y sociales, al verse privado de un miembro, hace mas difícil su supervivencia.

La toma de conciencia de las posibles soluciones que esta - sociedad nuestra, tan tecnificada, puede ofrecer a los ancianos amputados, abre unos horizontes mas acogedores para este nucleo de población, tantas veces marginado.

El aumento de tráfico y la gran incidencia de afecciones vasculares en geriatría hace cada vez mas numerosas las intervenciones vasculares quirúrgicas en miembros de ancianos.

Las ayudas mecánicas son unos intermediarios materiales - entre el anciano incapacitado y el medio ambiente, reemplazando a veces un segmento motor; "PROTESIS".

A veces corrigen parcialmente los defectos de ese segmento motor; "ORTESIS".

Y por último existen dispositivos que hacen posible ciertas actividades diarias que sin su ayuda quedarían fuera de su alcance; "ADAPTADORES".

Clase de ayuda mecánica necesaria. - Depende de varias cuestiones:

- Del diagnóstico y pronóstico de la lesión actual, valorando la edad, el psiquismo, y la aptitud ante la vida.

- Comprendiendo la naturaleza, localización de las alteraciones funcionales, mediante adecuado balance muscular, neurológico y psíquico.

- Valoración de los fines prácticos, que queremos conseguir: desplazamiento, actividades de relación, de entretenimiento, socio-ambientales, etc.

- Enseñanza de su utilización, sacando el máximo rendimiento de ellas: deben ser prácticas, sencillas y atractivas si es posible, económicas, etc.

I). - Ayudas mecánicas que facilitan la deambulaci3n :

Para lograr la independencia en la marcha del anciano contamos con varios tipos de ayudas:

- Prótesis de miembro inferior.
- Aparatos ortésicos: soportes vertebrales, botas con muelle antiequino, soportes plantares, cuñas, etc.
- Medios de desplazamiento: muletas, bastones, andadores, sillas de ruedas, etc.

II). - Ayudas mecánicas para Actividades de la Vida Diaria. -

Su uso requiere un funcionalismo aceptable de una o - ambas extremidades superiores, a las que se trata de devolver su funci3n o habilidad. Son:

- Prótesis de miembro superior (amputados).
- Aparatos ortésicos: férulas, cabestrillos, en hemipléjicos.
- Adaptaciones para realizar actividades como: del vestido, del aseo personal, de la comida, etc.

III). - Ayudas que facilitan la vida de relación. -

Sirven para mejorar la eficacia de los órganos de los sentidos: vista, sensibilidad cutánea, oído, etc. Para ello se dispone de gafas, audífonos, adaptaciones de lecturas (libros con letras grandes), atriles (para cama o mesa, etc), semáforos acústicos para cortos de vista, etc.

IV). - Adaptaciones dentro del domicilio. -

Dada la tendencia a la vida sedentaria del anciano es necesario planificar su lugar de estancia procurando que:

- Las ventanas sean de fácil manejo.
- Los cajones fácilmente deslizables.
- Sillones o sillas con respaldos altos, de fácil traslado.
- Camas no articuladas para facilitar la incorporación.
- Luces suficientes en cama o mesa.
- Armarios no altos, con dispositivos fáciles para alcanzar perchas, etc.

V). - Ayudas para actividades de entretenimiento. -

Después de la jubilación se debe tender a otro tipo de existencia del anteriormente efectuado: Actividades Recreativas: pintura, jardín, marquetería, juego, etc.

Para llegar a realizar estas tareas hay que retirar al anciano todas aquellas dificultades o barreras que se opongan a ellas; manejo de herramientas, escalones, etc.

PROBLEMAS PSICOLOGICOS RELACIONADOS CON LAS AYUDAS MECANICAS. -

La mayor dificultad la vamos a encontrar con las Ortesis. Solo si se logra una buena simbiosis entre la parte material que supone el aparato y la parte orgánica, será bien tolerada.

Puede depender de la causa de la amputación en el anciano: que sea accidente o enfermedad.

Y de la parte del cuerpo afectada, dando alteraciones sensoriales, (pérdida de sensibilidad, etc), o alteraciones somáticas (dolor del "miembro fantasma", lesiones tróficas, etc).

También se producen síndromes psicopatológicos de este tipo de invalidez con reacciones de depresión, ansiedad, neurosis, y trastornos del carácter: agresividad, abulia, etc.

En general, hay que actuar de tres maneras para una buena aceptación de ayudas técnicas:

1. - Aceptación física: enterar bien al anciano del grado de su invalidez, consciencia de sus posibilidades, incorporándole al nuevo esquema corporal para la "puesta a punto" de sus máximas relaciones físicas y sociales, poniendo en sus manos las ayudas y medios técnicos que las hagan eficaces.

2. - Preparación Social. Que el enfermo sea realista con sus nuevos medios y se relacione con la sociedad.

3. - Preparación psicológica, evitando que se produzcan las reacciones, antes dichas, frente a la invalidez.

Por último debemos preferir elegir una o dos adaptaciones muy simples para los ancianos antes que exceso de aparatos inútiles. Es criterio de nuestro Hospital de Día tratar de cubrir todos estos objetivos, aunque sea difícil el conseguirlo.

6.3. - TERAPIA OCUPACIONAL EN LOS SINDROMES INVALIDANTES

En todas las afecciones de cualquier sistema orgánico que ocasione invalideces ya sean parciales o permanentes, es completamente necesario completar las técnicas rehabilitadoras con la modalidad que supone la Terapia Ocupacional.

En cualquiera de ellos, poniendo por ejemplo las afecciones que vamos a tratar como síndromes-guías, por ser más frecuentes en su incidencia, se pueden recomendar una serie de normas comunes en cuanto a las aplicaciones de las actividades de la Terapia Ocupacional.

Normalmente en fases agudas se recomienda el reposo, pero salvo aquellas ocasiones en que las posturas antiálgicas por la excesiva quietud pueden producir deformidades permanentes a la larga.

En cambio, en el periodo de estado de la enfermedad debemos hacer balances musculares y articulares (del arco de movimiento) con sucesivas evaluaciones para ver el progreso del tratamiento indicado, pero nunca permanecer inactivos, pues se pueden producir las atrofas musculares por desuso.

Naturalmente la Terapia Ocupacional variará en sus técnicas según el segmento corporal a recuperar: mano, codo, hombro, rodilla, etc.

Siempre el procedimiento de Terapia Ocupacional es más natural que las demás técnicas rehabilitadoras. Y además científico por las ciencias que se usan de su desempeño, aunque pudiera parecer a simple vista demasiado práctico y sencillo.

En artrosis por ejemplo se usan para movilizar las manos: la plastilina, el barro, etc., es decir materiales muy maleables

con los cuales nunca se puede pecar de exceso en su uso, pues quizá lo censurable en rehabilitación es pasarse de excesivo o precario en el tratamiento.

El codo muy delicado en sus alteraciones artrósicas, nunca hay que forzarlo, pues cuanto más tratamos de relajar, más rígidos formamos.

En la Espondiloartritis Anquilopoyética, los puentes óseos que forman los "picos de loro", dan una cifosis exagerada de la columna vertebral, que a la vez queda rígida, formando la clásica "caña de bambú" en visión radiológica. Nosotros en Terapia Ocupacional debemos tratar de evitar siempre ejercicios que obliguen al paciente a actuar en posición baja; al contrario, con elevación de hombros, fortaleciendo toda la columna en su musculatura extensora, sobre todo la zona cervical; le haremos trabajar al enfermo en telares de pared por ejemplo, obligándole a actuar en zonas altas.

Las manos "en ráfaga" aparte de usar aparatos ortésicos (férulas) que impiden este tipo de deformidades, se deben tratar con cirugía ortopédica y no obligarles a tener que realizar ejercicios como trabajos de mimbre, que lo único que hacen es acentuar sus lesiones.

Quizá lo más adecuado cuando el paciente ha llegado a la fase crónica y sus lesiones son irreversibles es tratar de usar - sus miembros dentro de las limitaciones que le ha impuesto la enfermedad y no hacerles trabajar y sufrir inutilmente, obligándoles a realizar trabajos y actividades que nunca alcanzarán éxito.

En este punto tiene un papel estelar el uso de:

ADAPTACIONES DE LA VIDA DIARIA

Son artidicios ingeniosos creados para hacer real la indepen

dencia y autosuficiencia de los pacientes con lesiones perennes, que pueden hacerles la vida más agradable y el trato social más asequible.

Entre ellas podemos destacar como más usuales las siguientes:

- La misma silla de ruedas, que obliga a adaptar la vida del anciano a su uso, teniendo que hacer las puertas practicas, con anchura superior a la normal.

- Usar tiras adherentes en vez de cremalleras en vestidos, cinturones, camisas, gabardinas, etc, para hacer más facil la apertura y cierre de estas prendas.

- Calzadores largos para zapatos, con el objeto de poder alcanzar el anciano su calzado e introducirlo en sus pies ya que normalmente su coxartrosis bilateral impide esta operación.

- Los lapices, bolígrafos, etc., pueden seguir siendo útiles para los discapacitados, si se introducen en una especie de bola que puede ser manejado mas facilmente por la mano invalida.

- Existen tambien pinzas largas que permiten retirar utensilios de cocina (sartenes, cacerolas, ollas, etc), del fuego del hogar.

- Hay falsas tablas, más altas que la altura normal que tienen las tazas del water que permiten al anciano realizar sus necesidades más íntimas sin ayuda de otra persona, impidiendo con ello sufrir su orgullo.

- Adhesivos y barras laterales, con un borde más ancho de lo normal en las bañeras corrige el facil deslizamiento, razón de tantos accidentes que cualquier persona puede tener dentro de su cuarto de baño, pero que en el anciano es imperativo incorporar, etc.

Sin citar ninguna mas podiamos resumir que estas adaptaciones sin usarlas indiscriminativamente, sino adecuadas a cada paciente, son de una utilidad increible y logicamente logran un agradecimiento por parte del enfermo al darle una autosuficiencia dentro de su medio familiar y social, que le compensa más que ninguna otra clase de terapéutica.

6.4. - TRASTORNOS DEL LENGUAJE

Dentro del contingente de enfermos ancianos que tratamos hemos observado un aumento en el padecimiento de los trastornos del habla, y aunque dentro de la senectud tanto las demencias se niles como preseniles son la causa mas frecuente de las alteraciones del lenguaje, no podemos soslayar el resto de los síntomas afaso-agnoso-aprático y de las alteraciones psicológicas que a veces se presentan, formando un frente común que difícilmente se - puede estudiar con independencia.

Podemos dividir su estudio en:

- 1.- Trastornos del lenguaje en el curso de demencias.
- 2.- Afasia en el curso de demencias arteriopatías.
- 3.- Afasia en el curso de demencias preseniles.
- 4.- Investigación del síndrome afaso-agnoso-aprático en el curso de las demencias.

1.- Trastornos del lenguaje en el curso de demencias. - Este tipo de pacientes presenta en una serie de características:

- Dislogía, que es una incoherencia de enunciados haciendo imposible la comunicación entre enfermos y observadores (paquete de palabras sin relación entre sí).

- Ecolalia, es una pseudocoherencia con unas respuestas - automáticas reflejas formando un torrente de palabras sin mensaje.

- Reducción del número de palabras utilizadas en el lenguaje, trasformandose éste en terminos genéricos vagos.

- Ausencia sobre el control de emisiones verbales repercutiendo éste en una ansiedad por la búsqueda de términos específicos.

- Aumento del desorden de enunciados con la evolución de

la conversación.

- Dificultad de la comprensión.

Estos errores se ponen de manifiesto con un estudio cuantitativo acrecentandose las dificultades cuando le encomendamos tareas ligeramente arduas.

Es una modificación profunda de la aptitud del enfermo frente a la situación.

2. - Afasia en el curso de demencias arteriopáticas. - La esclerosis vascular de zonas específicas cerebrales da lugar a un reblandecimiento de la "zona del lenguaje", coetaneo a un deterioro mental progresivo, que puede agravarse con sucesivos accidentes vasculocerebrales en hemisferio izquierdo.

Esto se traduce en una reducción de la palabra, las frases comienzan pero no acaban, y la conversación se convierte en una especie de amnesia verbal mezclada con parafasias. La entonación y la mímica son también poco coherentes. Aunque la lectura no está afectada, estos sujetos no comprenden el sentido del texto, revelando su deterioro intelectual, lo cual le lleva al final a una apatía casi muda.

3. - Afasia en el curso de demencias preseniles. - Se refiere a los trastornos del habla que aparecen en las enfermedades de Pick o Alzheimer.

La enfermedad de PICK es una atrofia frontal asociada a una atrofia temporal bajo el punto de vista histopatológico, traduciendo se en una dificultad de concentración que evoluciona insidiosamente, sobre todo para la memoria de fijación. Aparece una afasia amnésica con una reducción del vocabulario, caracterizandose por un defecto de evocación verbal y repetición de gran número de palabras que el paciente suelta sin pensar (estereotipias verbales).

El lenguaje se trasforma en una jerga incoherente llegando al mutismo casi total del paciente. A veces existen tambien apraxia y agnosia, más raramente que en la siguiente enfermedad.

En la enfermedad de ALZHEIMER se debe a un trastorno por lesión en la región temporoparietal, debida a una trofia difusa. El cuadro clínico presenta una afasia sensorial asociada al elemento demencial. El sujeto repite las palabras sin sentido con reiteración de las últimas palabras de una frase (Palilalias) y repetición de partes de palabras (logoclonia). La evolución del lenguaje es hacia la acinesia con mutismo, permaneciendo apático y obtuso el enfermo. A la vez, existe alteración de la marcha por inseguridad en sus pies, pudiendose llegar a caer. Al final de la enfermedad, el enfermo lleva una vida vegetativa con demencia total.

4. - Investigación del síndrome afaso-agnoso-aprático en el curso de las demencias. - Es la parte que trata del estudio del posible origen de la alteración, usando protocolos copiados de la clínica psiquiátrica universitaria de Ginebra, los cuales siguen una sistemática que nos permitirá afinar en el diagnóstico etiopatogénico.

Consta de varios apartados donde se recoge:

1. - Anamnesis, con filiación de antecedentes e historia del cuadro actual.

2. - Examen físico con estudio de los distintos aparatos: digestivo, respiratorio, cardiovascular, O.R.L., urogenital, osteoarticular y muy exhaustivo del estado neurológico (nivel de conciencia, fuerza muscular, reflejos, sensibilidad, sincinesias, pares craneales, estereotipias motrices, etc.

3. - Orientación y memoria: espacial, temporal, de fijación, etc.

4. - Lenguaje y expresión oral: si es espontáneo o automático, nivel de elaboración, comprensión oral, repetición de fonemas, etc.

5. - Escritura: de dictado, copia, firma, etc.

6. - Lectura: de letras, sílabas, palabras, ordenes escritas, de texto, etc.

7. - Cálculo: lectura de números, cifras, cálculo mental, operación con monedas, con papel, etc.

8. - Praxias: bucofaciales de orden o por imitación, con objetos o de ideas constructivas, de los miembros, etc.

9. - Agnosias que pueden ser: visuales (de colores y tonos, táctiles), reconocimiento de objetos, formas, pesos, materiales, etc. Somatoagnosias, autotopoagnosias, auditivas, digitales, etc.

El pronóstico está empeorado en este tipo de pacientes por su edad, pero depende mucho de su nivel intelectual. De entrada, todos los enfermos afásicos son susceptibles de reeducación, pero ésta debe iniciarse precozmente, para corregir vicios y aptitudes, siendo su tratamiento concomitante con el de rehabilitación general. Se piensa cuando hay éxito en el papel de la suplencia que el otro hemisferio ejerce sobre la recuperación posterior.

Aparte del tratamiento etiológico de la lesión causal y preparados neurotróficos como Piracetan, Piriotoxina, Gabog, etc, bajo el punto de vista foniátrico lo mas interesante es el tratamiento - ortolálico, procurando el logoterapeuta conseguir la atención del paciente, sacarlo de su inhibición. Al principio, los ejercicios den hacerse en un ambiente de aislamiento, sin familiares, sin fatiga, actuando exclusivamente sobre ejercicios motores de lengua y labios.

Previamente se debe haber conseguido un condicionamiento

muscular, si es posible por la edad del paciente, como son los metodos de relajación (Schultz, Jacobson, etc.) y una serie de prácticas respiratorias (dosificación del soplo, contracción de musculatura abdominal, diafragmática, etc.).

Como existen varios tipos de lesiones vamos a referirnos a algunas de ellas:

En la Praxia: primero se utiliza el método sensorio-motriz de labios y lengua, ejercitandose el enfermo delante del espejo e imitando al logoterapeuta. Despues el paciente articula vocales, síla bas, pasando despues a la palabra escrita, lenguaje automático, en señanza bajo grabado en cintas magnetofónicas, etc.

En la Afasia-Amnésica: Los ejercicios tienden a estimular la memoria utilizando el número mayor posible de sensopercepción: vista, oído, tacto, etc, haciendo ejercicios gramaticales con adje tivos, adverbios, verbos, lo cual depende del grado cultural de - sus conocimientos.

Para corregir la Parafasia lo mas importante es conseguir que el paciente reconozca su error y trate de corregirlo, para lo cual nos servimos de un magnetofón con su conversación grabada, y al oír sus errores se le hace repetirlos de memoria. A la vez lentamente se hacen ejercicios combinados de lectura y escritura, acelerando su ritmo despues.

En la Alexia se hacen los siguientes ejercicios: oír una se rie de palabras en cualquier orden, debiendo el paciente repetir- las en el mismo orden; otra serie de palabras deben ordenarlas por sustantivos, adjetivos, verbos, etc. Tambien hacer acciones para que el paciente busque la palabra correcta, que las descri- be, entre unas listas.

Para la Agnosia corporal, utilizar ejercicios de reconoci--

miento (derecha, izquierda), orientación espacial (delante-atras, arriba-abajo), lo cual se hace muy bien en Terapia Ocupacional.

Para la corrección de la Agrafía, como existe una grave - afectación motora, hay que reiniciar el aprendizaje con la mano indemne: ejercicios de calco, letras y números, memorización de escritura, representación gráfica del significado de lecturas, etc.

Para la Acalculia hay que hacer ejercicios de identificación y reconocimiento de número, operaciones aritméticas utilizando monedas, etc; también se les puede reeducar sobre el concepto de - tiempo con ejercicios de reloj, calendario, etc. En todas estas técnicas se emplean numerosos juegos, loterías, "puzzles" hasta encontrar el mas adecuado para cada enfermo, actuando bajo el binomio palabra-objeto.

En realidad el fin de la Rehabilitación de los trastornos disfasicos sigue las mismas normas que la Rehabilitación general, es decir, tratando de poner al enfermo en las mismas condiciones que tenía antes del proceso, condicionado por la cultura y edad en que sufrió la crisis. Se puede considerar una buena reeducación cuando el grado de lenguaje alcanzado es útil para las acciones de la vida diaria, por lo cual hay que evitar que la familia tenga una - aptitud de sobreprotección al enfermo considerandole un ser inútil e impidiendo con ello el desarrollo de esta terapéutica para lograr un lenguaje normal.

En los pacientes ancianos la rehabilitación del lenguaje, después de cierto tiempo, sufre un estancamiento y posteriormente la mejoría es muy discreta y apenas perceptible por lo cual en estos momentos se debe estudiar el alta del enfermo, si ha alcanzado - cierto grado de autosuficiencia prolongando, si se completa el programa reeducativo en su domicilio.

Quizá dentro de las variedades etiológicas de las afasias las

expresivas o motóricas, típicas de accidente vasculocerebral de la arterial cerebral anterior y media son las de pronóstico más benigno, sobre todo si vencemos la apaxia.

La de la arteria cerebral posterior o afasia de Wernicke, sensitivo-motriz, es la mas difícil de vencer.

CAPITULO VII

- 7.1. - Asistencia Social en el Hospital de Día: Funciones y Ex tensión al Entorno Familiar y vivienda.
- 7.2. - Servicio Social de Grupo en el Hospital de Día.
- 7.3. - Ayuda Médico-Social a Domicilio (en el Area de Cuatro Caminos-Tetuan).
- 7.4. - Pensiones: Problemática que plantea la recepción de salarios y la inversión del mismo.

7.1. - ASISTENCIA SOCIAL EN EL HOSPITAL DE DÍA: FUNCIONES Y EXTENSION AL ENTORNO FAMILIAR Y VIVIENDA.

La misión del asistente social dentro del Hospital de Día será prestar su cometido profesional con todos los pacientes ingresados en el mismo.

Sus principales acciones son:

- Llevar un fichero de cada paciente con su historia social, cuya copia se encuentra en el dossier del archivo general de este centro.

- Esta historia social tendrá su diagnóstico, pronóstico y posible tratamiento.

- Atenderá en su consulta a toda la problemática que se le plantee por el enfermo, familiares o demás profesionales que forman parte del equipo del Hospital de Día.

- Programará la terapéutica del servicio social de grupo.

- Organizará actividades, excursiones y toda clase de distracciones para lograr un disfrute verdadero del paciente durante su permanencia en el Hospital de Día.

- Participará en todas las sesiones y reuniones convocadas por el jefe del equipo asistencial.

- Realizará un estudio exhaustivo sobre el juicio económico que reúne el paciente (jubilación, subsidio, débitos, legalización jurídica, etc.).

Tendrá perfecto conocimiento de la situación familiar con nombres de parientes, allegados, amigos, etc., especificando edad, parentesco, tipo de trabajo y situación económica de cada uno.

- Efectuará visitas para estudio exhaustivo de datos ambientales del anciano: barrio, vivienda, parques cercanos, club y hogar del pensionista (si pertenece o no a ellos, dimensiones de aseo, co

cina, etc.).

Cuando la problemática ocasionada por el ambiente familiar (malas relaciones, ausencia del conyuge, inestabilidad económica, ausencia de amistades, etc), o condiciones de la vivienda (insalubre, sin calefacción, sin baño, etc.), lo aconsejen, deberán tener previsto las posibles soluciones para caso de alta del paciente en el Hospital de Día. O bien, se realizará una ayuda a domicilio eficaz o se le tendrá previsto el ingreso en un centro que requiera las debidas condiciones para poder albergar al enfermo, distinguiendo sus capacidades físicas o psíquicas con el objeto de albergarlo en residencias de sanos o crónicos, de alterados psíquicos o no.

Si la familia estuviera dispuesta de buena gana a la cooperación, se deberá intentar integrarla dentro del tratamiento posterior por ser la mejor solución. Si por el contrario, pusiera dificultades pero tuviera suficientes medios económicos para efectuar ayuda financiera, se le solicitará u obligará a prestarla con auxilio de la Ley, si es necesario.

En caso probable de carencia de medios y deseos de colaboración se acudirá a instituciones de prestaciones estatales o instituciones.

7.2. - SERVICIO SOCIAL DE GRUPO EN EL HOSPITAL DE DIA

La responsabilidad de seguir observando al paciente dado de alta en la Unidad Geriátrica y velar por él en su seguimiento, es uno de los principales motivos que justifican la acción del Asistente Social en el Hospital de Día. Es un puente ideal entre el regimen hospitalario donde el anciano es dependiente y la vida que hará despues en su domicilio dentro de la mas absoluta independencia.

El estado de semiconvalencencia que arrastra el paciente de Hospital de Día mientras completa su rehabilitación física, requiere una preparación específica con tratamiento adecuado en su orden psíquico. El Asistente Social debe actuar sobre su persona, mientras prepara el ambiente familiar que le ha de recibir como medio al alta. Este medio último será perjudicial o favorable según - que los moradores de su domicilio cooperen ó no en el tratamiento (dinámica familiar); para lo cual el tratamiento de la familia cumplirá los siguientes fines:

- Eliminar las causas perturbadoras del equilibrio familiar.
- Favorecer la cohesión de la familia.
- Promover un nivel de equilibrio dentro del grupo familiar y cada uno de sus miembros.
- Conseguir una actitud adecuada del ambiente familiar frente a la enfermedad que arrastra el sujeto, sobrepasada o no.

Esta psicoterapia de grupo familiar previa, debe y puede - ser simultanea a la que se realice en el Centro de Día, entre los distintos pacientes con el equipo profesional, entre los pacientes solos y con los familiares a veces.

MEDIOS DEL SERVICIO SOCIAL DE GRUPO

Se utiliza: el uso de relaciones profesionales, que se debe entender como actividades laborales, utilizadas como medios terapéuticos (Terapia Laboral).

- El uso de la personalidad del Asistente Social que al principio como buen conocedor de los pacientes se convierte en líder, - pasando este papel posteriormente a los líderes naturales que surjan dentro del grupo.

- La dinámica de grupo con su técnica peculiar y el programa de actividades que se preconicen.

El Servicio Social de Grupo tiene una meta educativa, la cual produce satisfacción y adaptación de todos sus miembros, promocionando sus respectivas personalidades sin tener en cuenta su edad, por avanzada que sea, fallando a veces por falta de decisión, tiempo o medios, pero no por falta de indicación.

La meta terapéutica que persigue el Servicio Social de Grupo según Gordon Hamilton es:

- Reducir las presiones del medio ambiente.
- Fortalecer el ego del paciente para que pueda sobrellevar mejor sus tensiones, preocupaciones y soledad, proporcionándoles ocupación, distracción y atención que merecen.

TECNICAS PROPIAS DEL SERVICIO SOCIAL DE GRUPO

Es necesario utilizar unos medios: Estos son los elementos dinámicos del Servicio Social de Grupo, consiguiendo una cohesión del grupo.

El proceso de aceptación mutua se basa en la simpatía de los miembros, la capacidad de relación que tengan y oportunidad de convivencia que reciban.

La aceptación entre sí se debe conseguir a tres niveles:

- a). - A nivel de Asistente Social, la cual le debe prestar toda su atención y confianza.
- b). - A nivel de cada miembro, cada cual debe aceptar al Asistente Social, a los otros miembros y al grupo en su totalidad.
- c). - A nivel de grupo, el cual debe aceptar a su vez al Asistente Social y a los respectivos miembros que los forman. Es te grupo en sí tiene objetivos y fines que deben ser reconocidos como independientes a los fines y objetivos de cada miembro en particular.

FASES DE LA DINAMICA DEL GRUPO

En la formación del grupo tiene lugar una especie de organización dentro de la cual cada miembro posee su rol y va adquiriendo paulatinamente vínculos afectivos que van madurando hasta que surge un miembro del grupo que será líder, al principio ayudado por el asistente social como colider y al final actuando solo.

Cronológicamente este proceso se puede dividir en fases:

- 1. - Fase de aceptación (simpatía mutua, capacidad de relación, oportunidad de convivencia, etc.).
- 2. - Proceso de formación de grupo (deseo y derecho de - asociación).
- 3. - Proceso de control social (presiones de los miembros del grupo).
- 4. - Fase de discusión o toma de decisiones (proceso de decisión y capacitación).
- 5. - Fase de formación del espíritu de grupo (sentimientos del "nosotros").

6.- Proceso de desarrollo de valores y normas.

Este servicio social de grupo utiliza diferentes técnicas pero la misma metodología que la psicoterapia, formando parte de idéntica terapia de grupo.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Es un instrumento para manejar el grupo y un medio para conseguir los objetivos que responden a las necesidades comunes de los miembros, utilizando al asistente social como mediador para conseguirlos.

Los objetivos del grupo suelen ser en los ancianos problemas afectivos, de soledad, de convivencia con sus familiares, etc.

El programa de actividades debe ser constructivo y contar con recursos físicos y humanos: salón donde efectuar la reunión, profesionales adecuados, auxiliares y a veces sacerdotes por problemas espirituales.

Diagnóstico social. - El asistente social después de "observar", "analizar" y "concluir" un conocimiento profundo del grupo, de sus miembros, del barrio, del ambiente familiar, etc, establece una cadena de relaciones con estos elementos, determina un diagnóstico que será la base del programa de actividades que deben -- siempre cumplir las siguientes características:

- Que sea posible de realizar.
- Que sea constructivo y fácil de conseguir.

Una vez conseguido y cumplido el programa de actividades, obtenemos el TRATAMIENTO SOCIAL. Su fin es el ajuste y adaptación social, ayudando, motivando y apoyando al grupo para lograr la satisfacción de sus miembros. Ello lleva al anciano a una participación consciente de actividades, objetivos y deseos, dándole oportu-

tunidad de adoptar decisiones, lo cual le habituará para lograr su posterior integración y felicidad en el medio familiar.

7.3. - AYUDA MEDICO-SOCIAL A DOMICILIO(en el area de Cuatro Caminos Tetuan). -

Según preconizan todas las tendencias sanitarias actuales la asistencia, aparte de ser médica y social para los ancianos, debe parcelarse, con lo cual se consigue una buena distribución y ahorro de esfuerzos, hoy mal integrados y dentro de una absoluta dispersión.

Se trata de la asistencia "de Sector", es decir un distrito geográfico de influencia, donde se encuentra ubicado el centro hospitalario.

La atención de este area ciudadana, comarcal o regional no debe ser exclusivamente extrahospitalaria, sino que estadísticamente debe acudir un 10% de demandas asistenciales para dicho centro. El resto sí que debe ser atendido por la medicina extrahospitalaria, un 90%, que reforzado la deficiente actuación actual del médico de cabecera potencia su acción, trasladando los beneficios del hospital a la cabecera del enfermo.

Esto se consigue con la Ayuda Médico-Social a Domicilio, un autentico "equipo colante" compuesto por médico geriatra, al ser esta parcela de geriatría, una enfermera, una fisioterapeuta y una asistente social, que de una manera coherente y no obligatoriamente simultanea, atienden todas las necesidades de la zona, sin cobertura de la asistencia pura de la medicina general o de cabecera.

ASISTENCIA SOCIAL con la confección de una ficha médico-social en la que se reflejen todos los datos y circunstancias que pueden indicar la implantación ó no de una ayuda a domicilio y recoja: situación social, personal y familiar del paciente, economía, medio ambiente, aislamiento y grado de dependencia del anciano a otras personas y calidad de protección social o particular que éste recibe (estatal, beneficencia, familiar, etc), con atención a la ocupación de tiempo libre, afeciones, etc.

Este tipo de encuesta debe perseguir los siguientes fines:

- Localización de ancianos y sus necesidades.
- Tipo de ayuda médico-social que necesita.
- Apoyarse en el equipo médico si está indicada su actuación.
- Coordinación con instituciones estatales, particulares y centros hospitalarios para encaucar al paciente, según su patología, al nivel asistencial adecuado.

Dentro de este último fin el Hospital de Día tiene una cobertura que llenar: atender a todos aquellos pacientes que presentan una invalidez parcial, temporal o total que sea susceptible de mejorar, mantener o evitar un mayor deterioro.

Además al contar con un medio de locomoción propio que solo se usa a determinadas horas del día (recogida y devolución de pacientes), es utilizable también para un transporte eficaz de las distintas personas que componen el equipo volante a domicilio, transportandolos al hogar del paciente que NO PUEDE ser atendido por falta de indicación ni en el Dispensario ni en el Hospital de Día y NO DEBE ocupar una cama hospitalaria por tratarse de enfermos con necesidades de tipo enfermería, como pueden ser:

- Úlceras de decubito.
- Ulceraciones crónicas de extremidades, sean vasculares o no.
- Incontinencia de esfínteres.
- Movilización y pequeña rehabilitación.
- Enfermería especial: sondajes, fluidoterapia, oxigenoterapia, etc.

También el Hospital de Día puede prestar su personal y locales para desarrollar la parte de medicina preventiva del Servicio Médico-Social a Domicilio, atendiendo a aquellos pacientes que des

pues del chequeo analítico y fotoseriación presenten síntomas de "alto riesgo", es decir, patología suficiente que debe ser revisada a fondo por el Dispensario Geriátrico por las mañanas o el Hospital de Día por las tardes, consiguiendo una acción sanitaria móvil y continuada.

También se pueden realizar EXAMENES EN SALUD a aquellos pacientes que acuden por primera vez al Hospital de Día.

7.4. - PENSIONES. PROBLEMATICA QUE PLANTEA LA RECEPCION DE SALARIOS.

En el informe GAUR, editado por la Confederación de Cajas de Ahorros, en Madrid en 1.955 se indica que la fuente principal de los ingresos de los ancianos resulta de sus pensiones, de la cual se suponen que viven la $3/4$ partes de la totalidad de los ancianos, quedando otra cuarta parte no pensionistas que subsisten gracias al aporte de otras fuentes: ayudas de los hijos, donativos recibidos, rentas de propiedad, etc.

Dejando aparte estos últimos, cuya resistencia ante demandas de la vida dependerá de las sucesivas subidas de prestaciones demandadas por los ancianos a tenor del coste de vida el primer grupo, es decir $3/4$ partes de la totalidad de ancianos viven de sus pensiones cuyo promedio general en cuantía era de 2.500 en 1.975, variando según su profesión antigua, lo cual iba condicionado a nivel de instrucción.

Ante la pregunta formulada por la encuesta de dicho I me, los ancianos consideraban que lo percibido no subvenciona la mitad de sus exigencias mínimas para llevar una vida inteligente decorosa. Esto obliga a tener que subsistir con una cifra de 85 Ptas. al día las múltiples necesidades que cualquier en la sociedad actual requiere. Si a ello agregamos que solo viven completamente solos, pues solo uno de cada cinco vive conyuge, las necesidades aumentaban. No digamos si no tenían casa propia o tuviesen necesidad de trasladarse por transportes públicos. Quitando los gastos que podrían suponer cualquier tipo de diversión, aún la aleatoria que supone radio o televisión, el anciano medio que estamos suponiendo nunca tendría suficiente para una alimentación frugal.

La falta de dinero, la escasez de recursos y pobreza material obliga al anciano a la indigencia, a una vivienda insalubre y a

una nutrición escasa que según el esquema de Horwitz conduce inevitablemente a la pérdida de la salud. El anciano es, pues, un ser indefenso condenado a la enfermedad. Por lo tanto el poner a su disposición medios asistenciales para recuperar su estado funcional, físico o psíquico, está por entero fuera de sus posibilidades.

El Hospital de Día no escapa a este aserto. El coste de estancia de un centro que supone una mejoría respecto a la cama hospitalaria queda pues, reservado al anciano con posibles propios o familiares, resultando necesario que centros de este tipo sean creados, financiados y puestos a disposición de todos los ancianos por la Administración Pública, bajo las nominaciones que crean conveniente: Seguridad Social, Ayuda a los Pensionistas, Diputación Provincial, etc.

CAPITULO VIII

8.1. - Psicogeriatría.

8.2. - Exploración neurológica.

8.3. - Psicopatología del Anciano.

8.4. - Trastornos psiquiátricos mayores del anciano.

8. 1. - PSICOGERIATRIA

Dentro de la patología geriátrica una de las facetas de atención común que el médico geriatra encuentra es la de alteraciones psíquicas que se producen en el anciano, dando deficiencia e invalideces que obligan a su exploración y tratamiento conveniente.

Al anciano se le impone una forma de vida dentro de la sociedad, que normalmente es la de marginación. Si encima de las alteraciones físico-biológicas se añaden las psicológicas, su fragilidad para el desempeño de su vida de relación cada vez es mas manifiesta, al añadirse un deterioro de su capacidad intelectual.

Sus rasgos de caracter, aún tratandose de un anciano sa no suelen ser: el egocentrismo, la tacañería, desconfianza, rebeldía a cambios, refugio en el pasado, etc., lo cual influye para - esa crisis de adaptación que le impide en la sociedad moderna lograr un equilibrio, y que se manifiesta a veces con componentes de ansiedad, angustia e ideas hipocondriacas.

EVALUACION DEL DETERIORO

Aunque está demostrado por numerosos trabajos que el envejecimiento mental comienza a los treinta años, mostrando un deterioro progresivo posterior que se puede considerar fisiológico, este deterioro en la vejez puede llegar a tener su expresión clínica. Pero en cada sujeto se suele dar de una manera diferente, - por lo cual es conveniente tener una serie de parámetros que nos permitan descubrir el estado de deterioro-demencia que presenta cada paciente, aunque permanezca camuflado.

Esta evaluación se logra mediante:

- Un examen clínico y psicométrico.

- Exploración neurológica y de estado general.
- Pruebas paraclínicas.

Así intentaremos el examen evidenciando las siguientes características:

1.- Examen del comportamiento: la familia nos puede informar sobre determinados rasgos de su comportamiento: sueño, alimentación, sexualidad, etc.

2.- Memoria: Suele ser el síntoma más alterado, sobre todo la de fijación. La de evocación suele persistir siguiendo la Ley de Rivot "Los recuerdos mas sólidos son los de la infancia".

3.- Atención: Suele haber dificultad para la concentración, distrayendose facilmente el enfermo y siendo el mecanismo de desintegración más fácil de la personalidad.

4.- Desorientación Temporo-espacial: Se observa en ciertos grados demenciales no pudiendo el paciente darnos datos concretos sobre su edad (fuga de ideas).

5.- Alteraciones de Lenguaje: Bien sea en su componente sensorial (comprensión de palabras) o su componente motor (disartria), con lo que el lenguaje se hace incoherente y pasa a ser reiterativo, fabulero, etc., con un deficit de vocabulario evidente, reduciéndose progresivamente los nombres propios, las ideas abstractas, palabras concretas, etc: afasia amnésica. La lectura y la escritura tambien debe ser explorada para evaluar bien las funciones psíquicas.

6.- El juicio: Que trata de explicar los valores autocríticos de las capacidades físicas, morales y de conciencia del sujeto.

7.- Aprendizaje: Se explora la utilización por parte del sujeto de la experiencia y adquisición de enseñanzas.

8.- Razonamiento: Capacidad de ordenamiento lógico respec

to a un fin de conceptos dados, gracias a técnicas verbales o intelectuales.

9. - Trastornos del Humor: Que suelen variar desde la euforia hasta la depresión o hipocondria. A veces crisis maniacas, inhibiciones y hasta ideas de suicidio.

10. - Ideas delirantes: Aunque parecen alucinaciones suelen ser fabulaciones inconscientes, enmascarando un deficit intelectual de forma pueril, pero no aceptando que se ponga en duda sus fantasias.

8.2. - EXPLORACION NEUROLOGICA

Dejando aparte el análisis de afasias-lenguaje-comunicación que citaremos despues debemos explorar en el anciano los fenómenos de las apraxias, somatognosias y agnosias.

1. - Praxias. - Se pueden explorar mediante lapiz y papel - pintando un cubo, pintando una casa, o mediante construcciones o reproducciones con palillos, cerillas, etc., con lo cual hacemos repetir o ejecutar gestos de tipo simbólico o imitativo.

Estos actos a veces son posibles de forma automática: Apraxia Ideomotriz (señal de la cruz al entrar en la iglesia, etc). A veces la apraxia se manifiesta manipulando objetos (encender un cigarrillo, simular peinarse con un peine, etc.), sería la Apraxia Ideatoria.

Con ello podemos deducir la desintegración del conocimiento en cuanto al espacio, al cuerpo, al gesto, etc: Somatognosia, cuya destrucción impide la orientación del cuerpo en el espacio. Por perturbaciones de esta imagen temporal unida a la hipocondria nos interesa conocer la capacidad de designar el paciente las diferentes partes del cuerpo y nombrarlas como se llaman.

2. - Gnosias. - Se hace como reconocimiento en diferentes tests, en imagenes incompletas y nos sirve para conocer el proceso de desintegración en las demencias mediante:

- Falta de palabras.
- Perifrases.
- Palabras deformadas.
- Sustitución de unas palabras por otras, etc.

3. - Sicometria del deterioro mental. - Se hace mediante test que no se mantienen con la edad comparativamente a otros, o sí se mantienen, lo cual nos dá el índice de deterioro según la escala - de Wechsler-Bellevue.

Otros test diagnósticos son el de vocabulario de Sinois-Pichot,

el visual de Bender y el de Benton's, el de Rorschach que busca los signos orgánicos, reflejando la ansiedad del anciano (visión - deformante, monstruos, etc).

Existen otros más específicos como la prueba de los tres papeles de Marie para la afasia, el de Rey y Benton para la apraxia, pero de menor utilización.

4. - Examen neurológico y somático general. - Debe ser lo mas completo posible porque nos puede proporcionar la etiología de la demencia: síndromes extrapiramidales, procesos cerebrales, trastornos de la sensibilidad, procesos vasculares, meningoencefalíticos, etc.

5. - Exploraciones paraclínicas. -

- Radiografía de cráneo.
- Electroencefalograma.
- Fondo de ojo.
- Angiografía.
- Gammagrafía cerebral.
- Neumoencefalografía.
- Tomografía axial transversal computerizada: Scanner.

Todas estas técnicas deben usarse de mayor a menor inocuidad.

Nosotros en la práctica diaria empleamos un método de valoración numérica de 0 a 5, manejando una serie de parámetros clínicos que enunciaremos a continuación:

0. Totalmente normal.

1. Algunas "rarezas", ligeros trastornos de desorientación en el tiempo. Se puede hablar con él "cuerdamente".

2. Desorientación en el tiempo: La conversación es posible, pero no perfecta. Conoce bien a las personas, aunque a veces olvi

de alguna cosa. Trastornos de carácter, sobre todo si se le disgusta. Incontinencia ocasional.

3. Desorientación. Imposible mantener una conversación lógica, confunde a las personas. Claros trastornos del humor. Hace cosas que no parecen explicables a veces, a temporadas. Frecuente incontinencia.

4. Desorientación. Claras alteraciones mentales que la familia o el médico han etiquetado ya de demencia. Incontinencia habitual o total.

5. Demencia senil total, con desconocimiento de las personas, etc; vida vegetativa, agresiva o no, Incontinencia total.

Esta forma de enfocar la parte psicogeriatrica del Hospital de Día es menos científica, pero más útil para nuestro quehacer diario, sobre todo, teniendo en cuenta la especial, psicología del anciano.

8.3. - PSICOLOGIA DEL ANCIANO SANO. -

Dentro de la experiencia en nuestro Hospital de Día hemos observado las variaciones mas incidentes en el caracter y temperamento de nuestros pacientes y aparte de sus modificaciones neurofisiológicas (disminución de reflejos, hipoexcitabilidad cortical, etc) y sus alteraciones en la sensopercepción (disminución de la agudeza visual y poder de acomodación, hipoacusia, hipoalgesia, mayor sensibilidad en la temperatura, etc),¹ lo cual hace alterar su información respecto al mundo exterior y a su propia persona, redundando en un deterioro psicomotriz, en el anciano objetivamente se aprecian unos rasgos de tipo egocéntrico, reducción de sus intereses, de la curiosidad del dinamismo e iniciativa.

A veces hay una regresión narcisista, como un repliegue sobre si mismo, pero tambien se puede apreciar cierto descuido en la presentación de su persona e irritabilidad hacia los demás. Frente a las dificultades que se le pueden presentar, tienden a evitar la confrontación sobre todo en aquello que no es esencial.

Cuanto más avanza la vejez, el balance de su memoria disminuye con pérdida de la fluidez mental, cayendo en la chochez o machaconería, si no en las sensiblerias fuera de lugar, lo cual repercute en una falta de iniciativa con la consiguiente apatía o abulia, por lo que permanece en un sedentarismo constante, con los peligros consecuentes de ello.

El uso que hemos hecho de los distintos test, anteriormente nominados, traduce que los resultados de las pruebas no son un reflejo fiel de su realidad senil, ya que al medir sus alteraciones --psicomotoras, aparte de requerir más tiempo del normal , cometen más errores y tienen menos habilidad para las respectivas soluciones, quizá debido a su facil fatigalidad.

La solución sería que actuasen más despacio, sin exigir técnicas complicadas.

Los más utilizados han sido:

El test de Rorschach que nos demuestra en ancianos sanos una disminución en la esfera de intereses y relaciones.

El test de Bender o visual-motor que no da resultados - cuantitativos pero se pueden detectar los fenómenos regresivos.

El test Wechsler expresa numericamente la cuantía del deterioro, pero está influido por la cultura previa que tuvo de joven.

Las correlaciones, sin embargo, entre los criterios clínicos de demencia y los psicométricos son bastante dispares.

8.3. - PSICOPATOLOGIA DEL ANCIANO

El Hospital de Día no debe ser fuente de ingreso para aquella patología psiquiátrica que presenta trastornos mayores, ya que al albergar pacientes de distinto origen y diferentes enfermedades de otra índole, pueden trastonarse al coincidir, y ser perjudicial para unos y otros.

Creemos pues, que todos los enfermos con psicosis y demencias grandes seniles deben ser evacuados a Hospitales Psiquiátricos que contengan Hospitales de Día, psiquiátricos o no; aún siendo conscientes de la gran dificultad de evacuación que existen en la actualidad en nuestro país por la falta de camas psiquiátricas existentes, o de plazas de hospitales de Día psiquiátricos, casi inexistentes.

Efectuadas estas premisas vamos a relacionar sucintamente la patología menor y mayor que se suele presentar en la vejez.

8.4. - TRASTORNOS PSIQUIATRICOS MENORES DEL ANCIANO

Trastornos Depresivos. - Suelen presentarse como consecuencia de una debilidad de sus facultades psicológicas.

Ansiedad. - Es una consecuencia de la forma que tiene el anciano de vivir su decadencia en todas sus manifestaciones, acabando a veces en reacciones catastróficas como el suicidio, cuya incidencia está aumentando cada vez mas.

Melancolía involutiva. - En realidad es una forma típica de psicosis, que se encuentra a caballo entre la esquizofrenia y la psicosis maniaco-depresiva, siendo una mezcla de las dos .

Parece un estado depresivo en el que se entremezclan ideas delirantes, que cuando llegan a ser muy distorsionadas, pueden ocasionar trastornos neurológicos (parestesias, sensaciones cenestésicas, etc.).

Delirios de perjuicio. - Suelen presentarse con la reiteración de una idea delirante falsa, el paciente se hace desconfiado y sospecha de todo el mundo respecto a sus intereses, dinero, valores, etc, lo cual le comporta enfrentamientos generacionales en el ambiente familiar.

Delirios de celos. - Es una variante de la anterior con exacerbación de la problemática sexual.

8.4. - TRASTORNOS PSIQUIATRICOS MAYORES DEL ANCIANO

Entre éstas, las más comunes son:

Formas Paranoides de la Esquizofrenia. - Son delirios sistematizados, lógicos y lúcidos en cuanto al encadenamiento silogístico, viviendo en un clima de sospechas absurdas.

Estados regresivos agudos. - Que son verdaderas psicosis agudas transitorias, con ocasión de algún impacto psicológico, lo cual da lugar a unas reacciones de tipo histérico teatrales que aunque pasan despues, ocasionan verdaderos problemas existentes. Si se hace muy duradera necesita de internamiento.

Neurosis obsesiva. - Son cuadros con obsesiones que recuerdan la vida psicológica de jóvenes pudibundas, porque a veces se ofrecen formas de pensamientos obsesivos de tipo sexual. Si el cuadro se repite con frecuencia se puede catalogar de depresiones de psicosis maniaco-depresivas.

Estados demenciales. - En ellos hay que distinguir dos grandes grupos:

- a). - Demencia por deterioro atrófico-degenerativo.
- b). - Demencia arteriopática o vascular.

Su diferencia es anatomopatológica, pero el efecto, el mismo. Las lesiones ectodermicas de la demencia senil es por acúmulo de placas seniles sobre el sustrato neurofibrilar: "enfermedad de Alzheimer" o por falta de nutrición vascular, que actuando sobre la memoria produce un deficit involutivo en cuanto a adaptación, aspecto, lenguaje, sueño, etc., acabando en una especie de marasmo y ulcerándose al final.

Cuadros de Confusión. - Cualquier insuficiencia a niveles lí

CAPITULO IX

9.1. - Podología Geriátrica.

9.2. - Odontología Geriátrica.

9.3. - Peluquería del Hospital de Día.

9. 1. - PODOLOGIA GERIATRICA

El pié del hombre es la características más humana de toda su estructura anatómica, es distinto al de cualquier otro ser vivo con una especialización que le distingue; la postura -- erecta. El anciano dentro de su involución, también tiene alteraciones en su base de sustentación y teniendo en cuenta que es -- la única posibilidad para su traslado, su cuidado será una base sustancial para la salud total.

Aparte de las reglas higiénicas generales que deben llevar todos los ancianos por medio de la educación sanitaria: limpieza diaria, corte de uñas recto, etc., en este capítulo vamos a pretender establecer la patología más abundante del pié geriátrico y su posibilidad de tratamiento.

El Hospital de Día como centro asistencial no puede dejar de hacerse eco de este problema, sin cuya solución el resto de la rehabilitación de la marcha va a resultar imposible.

Bajo una revisión periódica sometemos a todos nuestros pacientes a una detección de posibles trastornos de su pié, para que de una manera si es posible preventiva, sentemos diagnósticos precoces que evitará tratamientos tardíos.

Para ello realizamos la siguiente sistemática:

1. - Anamnesis o historia clínica, detallando la patología local o la sistémica que la puede desencadenar.
2. - Examen rápido pero completo de toda la región valorando los sistemas anatómicos afectados.
3. - Complementarias necesarias para emitir un diagnóstico lo más exacto posible: analítica, radiología, etc.
4. - Prescripción del tratamiento idóneo, ya bien sea de tipo médico, quirúrgico o rehabilitador.

PATOLOGIA PODOLOGICA MAS FRECUENTE EN GERIATRIA. -

Dejando aparte aquellas malformaciones congénitas que - pueden presentar algunos pacientes esporádicamente y que son - arrastradas durante toda su vida podemos citar:

1. - Pie neurológico, debido a parálisis espásticas, alteraciones del ciático o sus ramas, artropatías nerviosas (pié diabético, tabético, acropatía ulceromutilante, etc) y algunas algias menores, como calambres.

2. - Lesiones traumáticas, entre las cuales destacan las amputaciones, ciertas fracturas de elementos del tobillo, de tarso, falanges o partes blandas, esguinces, las cuales al lesionar partes fundamentales del juego de la marcha, impiden esta.

Otra patología de este tipo podríán ser los callos viciosos de fracturas sobrepasadas.

3. - Lesiones osteoarticulares adquiridas, entre las cuales son más frecuentes ciertas deformidades: Hallux valgus, rigidus, varus, flexus, exostosis de falanges, ciertas algias: metatarsalgias debidas a hundimiento del arco plantar anterior, plantares, posteriores, neuronomas, etc; artropatías diversas debidas a enfermedades generalizadas como la gota, reumatismos inflamatorios, poliartritis reumática, etc., y tumores óseos: condromas, quistes benignos y metástasis.

4. - Lesiones infecciosas: panadizos, flemones, osteomielitis, tuberculosis de pie, etc.

5. - De partes blandas y faneras, que pueden ser de origen:

-Vascular: sabañones, arteritis obliterante, Rynaud, mal perforante plantar, etc.

-De otro índole: Tenosinovitis, Aquileitis, Bursitis, etc.

6. - Lesiones dermatológicas: eccema, psoriasis plantar,

dishidrosis, hiperhidrosis, bursitis, verrugas plantares, pie de atleta, bronhidrosis, etc., que son bastantes incidentes por la involución de la piel geriátrica.

7. - Enfermedades de la uña: uña incarnada, Onicosis, - Onicomycosis, Onicocriptosis, Exostosis subungueal, hematoma - subungueal y tumores de uñas, etc.

Quizá los trastornos que mas atendemos en la actualidad son los ocasionados por fisiología anómala de las venas periféricas, produciendo varices que causan: Obstrucción del retorno venoso y rotura con formación de complicaciones como son las úlceras varicosas con los fenómenos patológicos que arrastran (éstasis venoso, dilataciones, infecciones sobreañadidas, etc).

Otro tipo de alteración bastante común es el edema de -- origen linfático por trastornos de drenaje de éste, lo cual causa una entidad nosológica llamada LINFEDEMA, que puede ser inflamatorio o no, lo cual hará variar el tratamiento, pero cuya consecuencia desagradable será siempre el impedir la marcha.

TERAPEUTICA. -

Al tratar las enfermedades del pié, el podólogo debe conservar una visión general de individuo, no aislada localmente.

Se puede dividir en:

1. - Medidas higiénicas generales, con unas medidas coadyuvantes como son: higiene de la piel, corte adecuado de uñas, -- calzado a la medida, calzado anatómico, que siempre debe cumplir la función fundamental que es favorecer la marcha y con dimensiones adecuadas al pié que se trata (ni demasiado holgado, ni estrecho), huyendo de modas perjudiciales.

2. - Tratamiento Medicamentoso. - En podología se utilizan distintos medicamentos con diversos fines:

- Anestésicos locales, para lograr analgesia y vasodilatación que drene zonas enfermas: adrenalina, novocaina como acción local; lidocaina, etc.

- Esteroides, tienen especial valor para tratamiento de infecciones agudas, siendo los mas utilizados: la Triamcinolona, Dexametasona, Prednisona, etc.

- Relajantes musculares; Mefenesina, narcóticos tipo Morfina con el cuidado necesario y a veces Fenobarbital.

- Analgésicos para vencer el dolor o como preoperatorio: citrato de etoheptazina, clorhidrato de destropropoxifeno.

- Narcóticos o sedantes: Metadona, Morfina, Meperidina y barbitúricos cuando requieren acción sedante.

- Antibióticos en pastas dermatológicas del tipo Bacitracina, Cloramfenicol, Tetraciclina, etc., para infecciones o Nistatina, Anfotericina o Funlizona para hongos.

3. - Cirugía. - Aproximadamente un 15% del total de pacientes de patología podológica precisan ser sometidos a tratamiento quirúrgico, con estudio preoperatorio del acto operatorio. Los problemas podológicos más susceptibles de la cirugía son:

- Fracturas.
- Quemaduras.
- Punturas.

El postoperatorio requiere cuidados especiales: enfermería específica, vendajes adecuados y zapatos especiales al comenzar la deambulaci3n.

Una cirugía especializada dentro de este tema es la Oni-coexéresis que es la extirpaci3n de la placa ungueal de la uña para drenar un hematoma, una verruga, etc.

Otra intervención pero de tipo menor y muy habitual sería la extirpación de callos blandos interdigitales laterales o de Exostosis, dedos en martillo, etc.

4. - Rehabilitación del pié. - También existe una terapéutica de restauración de funciones mediante la rehabilitación, la cual usa sus medios propios que en síntesis pueden ser:

- a). - Ejercicios activos, movilizand^o los pies en baño tibio al principio, haciendo ejecutar al anciano movimientos normales muy lentamente pero con amplitud máxima, - insistiendo en la reeducación de la prensión con movimientos combinados: flexión y extensión.
- b). - Adiestrar la deambulaci^on con marcha correctora reeducando los músculos tibiales, peroneo lateral largo, mediante elevación sobre las puntas de los dedos, supinación activa, etc. También pueden producirse estiramientos del Triceps Crural y movimientos especiales con aparatos.
- c). - Agentes físicos: corrientes de baja frecuencia, onda-corta, ultra e infrasonido, radioterapia y menos infrarrojos y ultravioletas.
- d). - Hidroterapia. Mediante pediluvios que usan indistintamente: agua caliente como sedativa y vasodilatadora, agua fría que es tónica y vasoconstrictora. O baños contrastados, que activan la circulación

5. - Podología Psicosomática. - Existe una tendencia últimamente a utilizar el hipnotismo y la sugestión en clínicas podológicas muy sofisticadas, de las cuales lógicamente no tenemos ni referencias ni experiencias.

Las relaciones del podólogo con su paciente no son fáciles. El podólogo debe obtener el consentimiento del anciano para su tratamiento, el cual lo dona de una manera expresa o implícita,

pero una vez efectuado, el agradecimiento no tiene límites, por la independencia que ~~obtiene~~ con el tratamiento.

9.2. - ODONTOLOGIA GERIATRICA

La comida en el anciano no debe constituir una tarea o experiencia desagradable, sino al contrario, un acto que le produzca beneficio y placer sin llegar a la glotonería.

Para ello es necesario una dentición adecuada, sea natural o artificial. Muchas de las nutriciones desequilibradas son debidas a la incapacidad de masticación por pérdida de dientes o dentaduras mal ajustadas, mas que a la posibilidad económica o elección de alimentos. El 75% de las personas han perdido todos sus dientes a los 70 años. Un 50% a los 60 años.

Está demostrado en estadísticas múltiples efectuadas sobre grupos de ancianos, que existe hasta un 33% de nutrición in suficiente o mal orientada en los países desarrollados, lo cual -- conduce a un rápido deterioro de los distintos sistemas del cuerpo.

Parte de la culpa de esto lo tienen las distintas enferme dades y trastornos bucales que suceden en el anciano.

Un estudio bien dirigido sobre el sistema estomatognático del anciano, parecido al de otro individuo de distinta edad, nos - va a permitir la comprensión de la conducta del paciente en la co mida y masticación.

La apariencia de una boca envejecida depende de distintas circunstancias. Puede ser por:

- a). - Desgaste cotidiano por atrición y abrasión.
- b). - Funcionamiento alterado: desviación de dientes, elon gación dentaria, atrofia de la cresta alveolar, etc.
- c). - Acumulación de efectos por sucesivos ataques patoló gicos (como las caries, la periodontitis, etc).
- d). - Pérdida de dientes.
- e). - Cambios en la lengua.

- f). - Cambios en la articulación temporo-mandibular.
- g). - Cambios en la cantidad y composición de la saliva.
- h). - Cambios en la ecología microbológica.
- i). - Mayores incidencias de tumores malignos.
- j). - Cambios en la conducta con descenso de la capacidad en la práctica de la higiene, nutrición, condiciones de vida, etc.

La creencia general es que la pérdida de los dientes es una consecuencia de la vejez. Los cambios fisiológicos dentales con la edad son: desaparición parcial de las cúspides, modificación en la cara oclusiva y borde cortante, engrosamiento de dentina y cemento con erupción gradual y continua, con desviación hacia adelante.

Diagnóstico radiológico. - El estudio del esqueleto bucal - por radiología no difiere en el anciano del procedimiento habitual. Destaca como resultado de este estudio la detección lógica de osteoporosis y la lentitud en formación de callo de las fracturas -- ocasionadas, la mayoría de las veces por traumas menores.

Tratamiento bucal. - Puede ser de conservación; tratando - de obtener el mantenimiento del estado de la dentadura del paciente cuando se acoge a nuestro cuidado. Así por ejemplo: hacemos - un control de caries, las cuales con el avance de la edad tienden a hacerse crónicas con menor sintomatología, originando complicaciones frecuentes, como ocurre en las caries secundarias, debajo de una corona u obturación, caries en los bordes de contacto o - soporte de dentaduras, caries cervicales que son el problema más habitual en el anciano, etc.

Este tratamiento de conservación debe tener en cuenta -- siempre la creciente fragilidad del esmalte y la dentina , por lo -

cual es aconsejable emplear recubrimientos más extensos de la superficie a ocluir, obteniendo una protección adecuada por medio de incrustaciones.

En la enfermedad periodontal las medidas terapéuticas -- están bien establecidas y se denominan:

1. - Curetaje y estimulación (masaje).
2. - Cirugía gingival, con posibles eliminación de placas y cálculos.
3. - Ferulización provisional, con inmovilización del diente.
4. - Extracción.

CIRUGIA DENTAL

Al practicar cualquier tipo de intervención quirúrgica -- hay que tener cuidado con los riesgos que la anestesia puede producir. Está demostrado que una cirugía de emergencia puede aumentar la mortalidad.

Si la anestesia es general debe hacerse por especialista anesthesiologo, prefiriendo las técnicas de inhalación con mascarilla facial para intervenciones rápidas. Los procedimientos sedantes (Diazepam, Clorpromacina e Hidrato de Cloral) son los agentes mas habituales usados en geriatría. Si acaso se induce por -- barbitúricos intravenosos, debe utilizarse los de corta acción y con pequeña cantidad de droga.

La anestesia local se puede hacer en pacientes poco ansiosos y en mínimas concentraciones con cuidado para posibles reacciones tóxicas.

Los principios del tratamiento quirúrgico bucal en el anciano no deben considerar una buena preparación preoperatoria, con qui-

212

mioterapia profiláctica y cuidados postoperatorios con supervisión de los distintos sistemas orgánicos y controles de infección.

HIGIENE ORAL

En los ancianos sanos es muy importante también tomar medidas profilácticas. El anciano por razones físicas, mentales o - educativas no es capaz de mantener una higiene bucal efectiva, por lo cual debemos hacer una higiene sanitaria dentro de cualquier nivel asistencial y el Hospital de Día.

Ayudas para la higiene bucal. - El cepillo de dientes si el paciente tiene dificultades de usarlo por incapacidades puede ser usado con un mango largo.

El dentrífico aún usado en forma normal: método de Char-- pes (de arriba hacia abajo, con movimientos circulares) no debe - ser espumoso, siendo adecuado el ingerible, el gel, haciéndoles la indicación de que puede escupirlo pero no aclararse. Debe cepillarse dos veces diarias, después de las comidas.

Rehabilitación oral por dentadura. - Con la pérdida de dientes y el envejecimiento de la encía se modifica el medio bucal, siendo alterada la sensibilidad de la mucosa que soporta la dentadura, la potencia de los músculos masticatorios y el juego de las articulaciones.

Debemos procurar efectuar cambios importantes en las dentaduras protésicas en sucesivas operaciones para conseguir una - adaptación gradual. A veces el recubrimiento o rebase de una dentadura vieja mal ajustada, aumenta las posibilidades a una adaptación posterior de otra dentadura nueva.

La estructura senil de la boca requiere gran precisión en la aplicación de las prótesis en los tejidos de contacto debiendo - utilizarse pasta de Óxido de Zinc o Eugenol, que dan presión cons

tante y ligera.

El pronóstico del tratamiento por dentadura es mejor en parciales que en dentaduras completas, especialmente en la man dibula inferior pero deben observarse las siguientes precauciones:

- Conservación de distribución de los receptores propioceptivos en las membranas periodontales de los dientes de anclaje.

- Evitar la proliferación de candidiasis en las placas en maduración, por lo que se debe hacer limpieza diaria de la denta dura.

- Reducir la frecuencia de estomatitis por dentaduras, me diante la inmersión de ésta en soluciones ligeras de agentes bacteriostáticos.

Las demandas de tratamiento más frecuentes dentro de nues tra habitual asistencia han sido:

- Dolor de muelas a causa de lesiones de tejidos blando.
- Prótesis mal ajustadas o con funcionamiento anormal.
- Pérdida de coronas, facetas u obturaciones.
- Mucha sequedad de boca.

Este tipo de asistencia dentro de estos centros disminuye el coste y la demanda a otros niveles asistenciales, previene in capacidades no atendidas por dejadez del anciano, proporcionando bienestar, salud y beneficio psicológico a nuestros pacientes.

9.3. - PELUQUERIA DEL HOSPITAL DE DIA

Su misión es triple: Cuidado de la piel (salón de belleza) del cabello (Peluquería) y de las uñas (Manicura). Aunque es in dudablemente un capítulo sin importancia bajo el punto de vista - médico-técnico, bajo el encuadre de higiene y envejecimiento como problemática geriátrica, reviste la mayor importancia.

En principio, tenemos que hacer una división entre los pa cientes según el sexo, aunque el local de aplicación sea el mismo: la Peluquería de Señoras y de Caballeros.

En regimen alternante y bajo la ejecución de la misma per sona se practican los distintos cuidados que cada sexo requiere.

En la atención de pacientes ancianos el cuidado de la pie l y el cabello reviste una importancia máxima.

Tengase en cuenta que en la piel aparecen los primeros - signos de envejecimiento, siendo las arrugas las que van a definir en un rostro la edad aproximada con una variación de cinco años como máximo, la edad cronológica del individuo.

El aj amiento de la piel es debido a que la epidermis pie r de su lozanía, flexibilidad, elasticidad y suavidad al tacto apare ce más seca y fofa la piel, debido al paso del tiempo, intempe rie, radiaciones solares, etc; microscopicamente sabemos que se debe a una doble alteración: desaparición de papilas epidérmicas, degeneración de fibras elásticas y adelgazamiento progresivo de la piel que puede llegar a un 25%.

No es extraño, pues que cualquier mujer, aún de edad avan zada, pretenda preservar "el irreparable ultraje" de su belleza y nunca en ninguna circunstancia renuncie a los tratamientos de be lleza, que en el salón de belleza y peluquería puede encontrar. Es por ello que dentro del H.D. se lo podemos y debemos ofrecer.

Si ademas agregamos el cuidado del cabello, que favorece

a ambos sexos, su importancia aumenta. La "canicie" o encanecimiento del cabello es consecuencia del paso del tiempo. Tratarlo de disimular con tintes es ya necesidad imperiosa en ancianos, y se puede y debe extender a los ancianos; pero en estos a veces el cabello pasa de ser ralo y fino a caerse desencadenando la calvicie. Tratar de reordenar los cabellos restantes es pecado que el mejor de los hombres tiene bajo su conciencia y el anciano puede también realizarlo.

Ya pasó el tiempo de considerar la calvicie un signo de - masculinidad, aunque esté refrendado el hecho por estudios hormonales.

Las uñas disminuyen su rapidez de crecimiento después de los 60 años, pero pierden su aspecto liso, se hacen más espesas, se cubren de estrias longitudinales y toman el aspecto de garras curvadas.

Un trato adecuado de corte, limpieza y lechos ungueales - darán mejor aspecto, evitaren probables infecciones y lesiones -- irreparables que impidan un manejo de cualquier actividad.

Esta práctica se pueden extender a los pies dentro de este salón de peluquería. Los cortes de uñas deben ser rectos para evitar estriaciones, uñas incarnadas, etc.

La última faceta beneficiosa que un establecimiento de este tipo puede prestar a nuestro centro tiene una motivación sanitaria: La Desinsectación.

Hay que tener en cuenta que nuestros ancianos adolecen - de soledad, con falta de atención o desinterés del medio ambiente hacia el cuidado del añoso; otras veces su medio habitual de residencia es promiscua, colectividades de hacinamiento donde fácilmente se producen contagios directos por medios transmisores de cabello, ropa, utensilios, etc, pasando el insecto de persona a - persona.

Esta forma de parasitismo se trata de anopluros (*pediculus corporis* ó *capitis*), pulgas, etc, debe ser vigilada por la facilidad de extensión en un Centro de esta clase siendo necesario detectar y recoger directamente, con pinzas o pinceles empapados en alcohol, los insectos, procurando su destrucción y evitando su propagación.

Esta misión debe ser realizada en el salón de peluquería - del Hospital de Día, siendo un medio que éste pone a disposición de sus enfermos, lo cual dá un toque de humanismo y eficacia --- mayor.

CAPITULO X

10. - Capacidad de un Hospital de Día Geriátrico.

10.1. - En razón del número de habitantes del "sector de Influencia".

10.2. - Número de pacientes en razón del personal.

10.3. - Estadística extranjera respecto a este punto.

10.4. - El "PLANNING" como concreción del funcionamiento del Hospital de Día

10.1. -NECESIDAD DE PLAZAS DE HOSPITAL DE DIA SEGUN LA DENSIDAD DE POBLACION DEL "SECTOR DE INFLUENCIA".

Según la distinta bibliografía recogida los autores más significados preconizan:

Pathy (1.969) considera necesaria una plaza de Hospital de Día cada tres mil habitantes y Blockenhurst (1.970) es mas parco, señalando la cifra de una plaza cada cuatro mil quinientos habitantes.

Considerando que el sector de influencia cobija alrededor de 200.000-250.000 habitantes, de los cuales un 10% son necesariamente ancianos, resulta para nuestro Centro de Día la cantidad de 50 plazas, habiendo tenido en cuenta la cifra media necesaria de - una plaza de hospital de día cada cuatro mil habitantes.

Depende de que el Hospital de Día geriátrico se encuentre - ubicado dentro o fuera del contexto de un hospital general:

- a). - Dentro del Hospital General. - Este tipo de Hospital de Día se encuentra incluido dentro de la acción de un hospital general. El sector de influencia geográfico a que se extiende su acción corresponde a una cantidad que oscila entre 200.000 y 300.000 habitantes, correspondiendo una plaza de hospital de día cada 4.000 habitantes, por lo cual logicamente a nuestro centro de día le corresponde tener 50 plazas para el sector, lo que le permitirá obtener todos sus fines.
- b). - Fuera del Hospital General. - Se trata de poblaciones rurales o comarcales cuya dispersión es mayor, por lo que su asistencia sectorial será mucho menor en cuanto a población, alrededor de 20.000 a 30.000 habitantes. La instalación de un hospital de día correspondería a la totalidad de este sector, por lo cual las necesidades se cubrirían con una plaza de hospital de día cada 400 habitantes.

Si sobrepasamos la envergadura de este estudio hacia las necesidades totales de plazas de hospitales de día para España, obtenemos la cifra de 9.000 plazas de Hospital de Día para todo el país, y para Madrid concretamente: 1.000 plazas.

Comparadas estas cifras con las actuales de Inglaterra nos quedamos cortos respecto a las realizaciones de ellos, pues poseen 200 plazas de Hospital de Día funcionando actualmente.

En conclusión sería necesario crear en España 180 unidades de este tipo de centros.

10. 2. - NUMERO DE PACIENTES EN RAZON DEL PERSONAL DEL HOSPITAL DEL DIA

Todo el funcionamiento del Hospital de Día depende fundamentalmente del personal que disponga el centro. Cualquier clase de actividad está programada para ser ejecutada por los pacientes, pero logicamente es prescrito, vigilada y guiada por las distintas personas que componen el equipo del Hospital de Día, ya mencionadas en otro apartado de este trabajo.

Sin embargo hay que hacer hincapie en una serie de condiciones que deben cumplir todos estos profesionales para llevar a cabo su labor de una forma eficaz. Y que pueden ser las siguientes:

- Personal suficiente. - Nunca el profesional deberá tener bajo su misión excesivo número de pacientes, lo cual excedería sus posibilidades de desarrollar una labor eficiente para el fin propuesto por el tratamiento.

- Que dicho personal sea cualificado. - Esto quiere decir que posee la preparación adecuada para el desempeño de las distintas misiones que va a desarrollar.

- Coordinado entre sí. - Estas distintas personas deben reunirse periódicamente para tratar el bien común de sus enfermos, pero sobre todo deben estar animados de una misma filosofía la cual unificará los distintos programas de recuperación o tratamiento.

- Dedicación suficiente. - Quiere decir esto con horario y concentración necesario para cumplir las distintas etapas necesarias para llevar a cabo el tratamiento hasta el último instante.

- Con rendimiento eficaz. - Para conseguir los fines propuestos en el tratamiento desde el principio, los cuales fueron guiados en razón del diagnóstico que presentaba el paciente.

- Con medios adecuados a su disposición para planificar, de sarrollar y llevar a cabo las distintas fases de la Terapia prescri ta.

Cualquiera de estas personas que forman el equipo antedicho necesitará una serie de medios auxiliares para facilitar su labor - como pueden ser las distintas hojas de tratamiento o modelos de his torias, correspondientes a las distintas modalidades de terapia (Te- rapia Ocupacional, Rehabilitación, Historia Social, Hoja de Enferme ría, etc) y que exponemos al final de este apartado como referencia de lo complicado que puede resultar el tratamiento visto de una forma - global.

Cada miembro del equipo, al desarrollar dentro del Centro - una función distinta, hace variar su vinculación y necesidad de sus manifestaciones profesionales en razón del número de pacientes, es decir cada labor es más o menos prolija en razón del tipo de asis- tencia que ejerce.

Como ya sabemos son:

Un Médico Geriatra.

Un Fisioterapeuta.

Una Terapeuta Ocupacional.

Un Asistente Social.

Un Logoterapeuta.

Un Psicólogo.

Una Enfermera.

Un Auxiliar de Clínica.

Un Conductor del Microbús y

Un Ayudante de dicho conductor.

Al no existir equiparación entre sus cometidos y preparación, sus dedicación va a ser diferente; pero en nuestra experiencia ac-- tual dicha dotación cumple perfectamente la labor asignada a cada -

uno con el número de pacientes (20 semanales) que se atienden en nuestro Hospital de Día.

Al pretender nosotros aumentar el número de enfermos a 50 semanales, es condición indispensable un aumento de efectivos del personal antedicho, pero no doblando su número indiscriminativamente sino subordinando dicho aumento a la función y dedicación de cada cual.

Así los profesionales muy cualificados como son el Médico - Geriatra, el Asistente Social, el Psicólogo, etc, con funciones - muy específicas, pueden continuar siendo una sola persona aunque aumentase el trabajo-horario de su labor médico-asistencial. Pero el Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Auxiliar de Clínica o - Enfermera, cuya obligación es tratar al paciente de un modo más continuo, con mayor dedicación de tiempo y cuidado, debia doblarse en número al personal existente actual de dicha categoría.

Quizá la parte más clara de dotación en cuanto al número de pacientes sea la del transporte, que lógicamente al aumentar el número de enfermos debe variar su capacidad de dos maneras diferentes: ó aumentando el número de autobuses a dos con igual capacidad de plazas (unas 10 ó 12) o proliferando el número de viajes a distintas horas e itinerarios variados, y con el personal adecuado cada vehículo.

Aunque este tipo de explicación resulte algo vaga, si nos detenemos en un estudio más cuidadoso de las necesidades antedichas, nos quedamos con la conclusión de que:

Un Hospital de Día con 50 pacientes requiere como nínimo para cumplir su misión acertadamente: un Médico Geriatra de dedicación diaria, un Psiquiatra con una hora semanal, un Logoterapeuta con una horas diaria de dedicación, un Asistente Social de dos horas diarias, dos Fisioterapeutas de dedicación diaria, dos Terapeútas Ocupacionales de dedicación diaria, dos Enfermeras de dedic

cación diaria, tres Auxiliares de Clínica de dedicación diaria, un peluquero con dedicación de un día a la semana, un podólogo con un día a la semana y dos autobuses de 12 plazas con dos itinerarios diarios y dotación completa de personal.

El ejercer todas las labores de Hospital de Día con una dotación inferior a la antedicha, ofrecería la perspectiva de actuar sobre los pacientes en régimen de jornadas alternas o caer en peligro de una asistencia deficiente.

M A D R I D

DEPARTAMENTO DE GERIATRIA

HOSPITAL DE DIA

apellidos

nombre

fecha nacimiento

edad

cama

N.º H. C.

Fecha

F I C H A C L I N I C A

Apellidos Nombre

Edad Sexo Estado Profesión

Natural de Provincia

Residencia habitual Teléf.

Familiar más próximo

Seguridad Social

Dependencia Administrativa

Beneficencia

Privado

Otras

RESUMEN CLINICO:

ANTECEDENTES FAMILIARES:

ANTECEDENTES PERSONALES:

ENFERMEDAD ACTUAL:

EXPLORACION FISICA**EXPLORACION COMPLEMENTARIAS****DIAGNOSTICO:****CLINICO:****FUNCIONAL:****PSIQUICO:****SOCIAL:****TRATAMIENTO CLINICO PROPUESTO:**

Razones de la Incorporación:

Fecha Incorporación

VALORACION DE LA INCAPACIDAD

}	FISICA	Grado
	PSIQUICA	Grado

PRONOSTICO:

RITMO DE ASISTENCIA PREVISTO:

Fecha

DIARIO ☐ALTERNO ☐SEMANAL ☐OTROS ☐**TRATAMIENTO PROPUESTO:**

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------|
| 1. REHABILITACION | <input type="checkbox"/> |
| 2. TERAPIA OCUPACIONAL | <input type="checkbox"/> |
| 3. ACTIVIDADES VIDA DIARIA | <input type="checkbox"/> |
| 4. TERAPIA RECREATIVA | <input type="checkbox"/> |
| 5. TERAPIA DE GRUPO | <input type="checkbox"/> |

- | |
|-----------------------------------|
| 6. CUIDADOS DE ENFERMERIA |
| 7. CONTROLES CLINICOS |
| 8. ASISTENCIA SOCIAL |
| 9. ASISTENCIA PSIQUIATRICA |

CUIDADOS ESPECIALES:

CONTROL MEDICACION	{	ORAL	<input type="checkbox"/>
		INYECTABLE	<input type="checkbox"/>

REGIMEN ALIMENTICIO

CAMBIO DE SONDAS

CURAS TOPICAS

OTROS

OBSERVACIONES:

.....

.....

.....

EVOLUCION:

(Movilidad, Palabra, Autosuficiencia, etc.)

FECHA

MES

FECHA

MES

CIERRE:

Fecha

ALTA POR:

DIAGNOSTICO: (Modificaciones)

VALORACION INCAPACIDAD:

INICIAL { FISICA
 { PSQUICA

FINAL { FISICA
 { PSQUICA

TIEMPO DE ESTANCIA TOTAL:

RESULTADO GLOBAL:

EXCELENTE ☐

BUENO ☐

ACEPTABLE ☐

DEFICIENTE ☐

NULO ☐

OBSERVACIONES:

H O S P I T A L D E D I A

ORDEN DE TRATAMIENTO

Fecha de Ingreso:

Nombre: Edad:

Diagnóstico:

.....

ACTIVIDADES A REALIZAR:

MIEMBROS SUPERIORES:

Movimientos Activos:

Movimientos Pasivos:

MIEMBROS INFERIORES:

Movimientos Activos:

Movimientos Pasivos:

Deambulación:

COLUMNA VERTEBRAL:

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA:

EVOLUCION:

(SERVICIOS: GERIATRIA Y REHABILITACION)

Edvard:

INTRODUCCION Y CURSOS

trabajos Laborales:

A) Calificar del 0 al 5

[illegible]

B) Calificación de SI o NO

Reses	Aprende Oficio	Trabaja Rápido	Trabaja con Regularidad	Busca más Trabajo	Tiene Iniciativa	Puede Tra ^{er} bajar más	Debe variar Trabajo	Le perjudica el Trabajo
01								
02								
03								
04								
05								

C) Trabajos que realiza

Reses	Simples	Medios	Complicados
01			
02			
03			
04			
05			

CALIFICACION MEDIA INICIAL

CALIFICACION FINAL

42

Teléf. _____

Origen:

[illegible]

Diagnostico:

Observaciones:

M A D R I D

DEPARTAMENTO DE GERIATRIA

Sección de Psicogeriatría

apellidos

nombre

fecha nacimiento

edad

cama

Profesión

Nivel cultural

EXAMEN DE LAS FUNCIONES MENTALES

RESUMEN DE LOS RESULTADOS

I DATOS GENERALES.

1. Colaboración
2. Conciencia mórbida

II. ORIENTACION Y MEMORIA.

1. Orientación.

Temporal: mañana - mediodía - tarde

fecha - año - mes - día

fecha de nacimiento - edad

Espacial: ¿dónde estamos?

¿en qué ciudad?

¿dirección suya?

2. Evocación de recuerdos.

— Antiguos

— Recientes

3. Capacidades mnésicas.

a) Memoria inmediata de cifras.

Orden Directo

86
29
584
692
6439
4273
75836
61947
392487
572861

Orden Inverso

24
58
629
415
3279
4968
15286
61843
539418
724856

b) Aprendizaje en 5 repeticiones de las 10 palabras de Schultz.

lobo					
perro					
gato					
trigo					
verde					
prado					
barca					
lago					
azul					
cielo					

4. Retención inmediata de una serie de 5 objetos.

III. ATENCIÓN.

Líneas mezcladas

Dificultades: Imposibilidad de seguir con la mirada o el dedo - Salta de una línea a otra - Deja una parte de la hoja.

IV. LENGUAJE.

1. Repetición

- a) Palabras
- b) Frases

Dificultades: Omisión - Interversión - Sustitución - Dificultades articulatorias.

2. Lenguaje espontáneo

Dificultades: Mutismo - Logorrea - Parafasias - Neologismos - Logoclonia - Palilalia - Ecolalia - Agramatismo.

3. Denominación de objetos

Dificultades: Amnesia de evocación - Uso de perífrase - Designación alterada - Descripción de la utilidad errónea o imposible.

4. Comprensión del lenguaje hablado

- a) Ordenes simples
- b) Ordenes complejas
- c) Tres papeles de Pierre Marie

5. Frases

- Sillón, doctor, sentarse
- Armario, abrir, cajón

6. Lectura de órdenes escritos

Dificultades: Alexia para la frase, palabras o letras - Paralexia - Incomprensión de órdenes escritos - Negligencia de una parte del texto.

7. Escritura

- Nombre, dirección
- Pequeño dictado

Dificultades: No escribe - Grafismo ilegible - Desorganización - Disposición en oblicua - Negligencia de una parte de la hoja - Paragrafía - Omisión.

8. Cálculo

a) Cálculo mental

- Automatizado
- No automatizado

b) Cálculo escrito

Dificultades: Acalculia - Agrafia - Escritura de números en letras - Alteraciones de la disposición espacial.

V. PRAXIAS.

1. Gestos sin significado

- a) Unión de los dedos
- b) Dos anillos entrelazados
- c) Mariposa

Dificultades: Closing in - Gesto incompleto - Perseveración.

2. Ideo-motrices

Saludo militar
Aplaudir
Amenazar
Clavo
Dientes
Peine

Dificultades: Movimientos deformados - Desviados de su fin - Confusión de dos gestos en un movimiento - Confusión con otro gesto - Closing in.

3. Ideatorias

- Encender una vela
- Poner una hoja en el sobre

4. Constructivas

- a) Dibujos: círculo, cuadrado, flor
- b) Copia de dibujos
- c) Construcción de muñeco

Dificultades: Rasgos sin significado - Desorganización de imágenes complejas - Perspectiva no reproducida - Negligencia de la parte izquierda del dibujo o de la hoja - Disposición oblicua - Closing in.

VI. GNOSIAS

1. Somatognosia

a) Autotopognosia

Citar diversas partes del cuerpo

Dificultades: Alteraciones de la denominación y designación - Closing in - Imitación alterada - Hemi-asomatognosia.

b) Gnosias digitales

c) Distinción derecha - izquierda

2. Gnosias visuales

a) Poppelreuter

Dificultades: Identificación incorrecta - Presencia de neoformas - Negligencia de una parte de la hoja - Amnesia de fijación.

b) Imágenes complejas de Bobertag

— Ver comprensión, síntesis interpretativa, enumeración de personajes.

3. Gnosias espaciales

- a) Situar ciudades en mapa
- b) Plano de la habitación, indicando la disposición de puertas, ventanas, etc.

Dificultades: Desorientación total - Negligencia de una parte de la hoja - Relaciones topológicas respetadas, pero alteradas respecto a la realidad.

Apellidos
Nombre sexo
Habitación.....

Edad
Profesión
Fecha

Diagnóstico clínico:

Grado de Incapacidad Física
Grado de Incapacidad Psíquica

INFORME SOCIAL

SPECTOS PERSONALES:

SPECTO FAMILIAR:

ASPECTO PSICOLOGICO:

ASPECTOS AMBIENTALES:

PROBLEMATICA ALTA:

— Destino Provisional:

— Destino DEFINITIVO:

DIAGNOSTICO SOCIAL:

TRATAMIENTO SOCIAL:

EVOLUCION:

10.3. - ESTADISTICA EXTRANJERA RESPECTO A PLAZAS DE HOSPITAL DE DIA SEGUN LA ZONA DE INFLUENCIA.

En Estados Unidos existen desde 1.960 Centro de Día, cuya definición no es muy concreta pero que según el Centro Nacional de Investigación sobre servicios médicos, efectuados en 1.975, pueden clasificarse en los siguientes modelos:

El primer modelo: de orientación médica, con personal especializado y participantes independientes totalmente.

El segundo modelo: es un Centro de Día de Orientación psico-social, con personal no médico y participantes independientes - parcialmente.

El estudio realizado investiga 10 Centros de Día en la zona de San Diego, abiertos cinco días por semana como mínimo con un coste de 11 a 16 dólares por día y persona, lo que da una media de 21 dólares (1.400 Ptas), por día e individuo.

La zona de San Diego está situada en la costa californiana fronteriza con México, poseyendo una ciudad de un millón de habitantes y siendo la población mayor de sesenta años un 12% de los ciudadanos.

La municipalidad, la oficina de personas de edad avanzada, el consejo del condado y la asociación "Adult Protective Service" son las entidades financiadoras de los mismos.

El personal se compone esencialmente de asistentes sociales y enfermeras que trabajan en unión de los servicios de Ayuda Social y cuidados a domicilio.

Concepción de estos Centros de Día. - Se destinan a personas incapacitadas, cuya relación paciente-médico no es suficiente para su problemática a corto plazo, optando por estos centros - cuyo caracter social es prioritario y aunque su decoración interior recuerda a un club u hogar, asegura los cuidados médico-asistenciau

les por el personal cualificado de que dispone. Estos son trabajadores sociales familiarizados con técnicas de grupo, reanimación, enfermería de urgencia, etc; no hace distinción respecto a los problemas psíquicos, médicos o sociales de la población de edad avanzada. Su fin último es responder a la problemática a largo plazo, pero sin resolver las situaciones de crisis, cuya solución reside en el hospital.

Procura en cambio asegurar una función terapéutica que permitirá al personal sentirse interesados por los pacientes sin considerarse éstos, meros objetos de estudio.

El Centro de Día debe también adaptarse a las necesidades y condiciones de asistencia de las distintas familias de los pacientes, siendo centros vivos, inmersos en la comunidad. El sistema americano concibe que el centro mismo decida su programa y la creación de lazos con la comunidad; la administración central solo se ocupa de contratos del personal, encuadramiento y coordinación.

Descripción de los Centros de Día. - Son inmuebles situados en barriadas extremas, con grandes espacios verdes alrededor, variando en cuanto al nombre: Chollas View, Mid-City, South-Bay, etc, recordando granjas francesas con grandes salas cuadradas interiores, lo cual les diferencia claramente del resto de las edificaciones cercanas. Solamente el de Mid-City se encuentra situado entre un hospital y una escuela secundaria, el resto están desvinculados totalmente de los hospitales, lo cual les diferencia grandemente de nuestro hospital de Día.

Organización de los Centros de Día. - Realizan la jornada laboral propia de los Estados Unidos (de 7 de la mañana a 5 de la tarde). Quedan cerrados los días festivos, permaneciendo abiertos durante el verano. Están capacitados para recibir 25 personas diarias, éstas no acuden todos los días, absteniéndose a veces de

hacerlo durante periodos más o menos largos. El número total de miembros inscritos en cada centro es de unas cincuenta personas, parecida capacidad del nuestro.

1. - Transportes. - Los Centros de Día de San Diego utilizan el transporte municipal para inadaptados y personas de edad ("Dial-a-ride"); la persona que va a utilizar dichos transportes de be llamar previamente la víspera para dar su dirección destino y ho ra que va a efectuar el trayecto, un pequeño autobús, adaptado para acoger silla de inválido, va a buscarles, llevándoles donde de-- sean. La tarifa es la misma que cobran los autobuses normales, te niendo derecho a un descuento los ancianos.

2. - Admisión en el Centro de Día. - Cada centro es respon sable de sus admisiones. La solicitud de este tipo de asistencia - está condicionada por una evaluación previa que efectúa la directo ra del centro: condiciones físicas, psíquicas y nivel familiar, siendo esta problemática de tipo familiar la causa de prioridad para un posible ingreso dentro de las listas de espera de las solicitudes.

La persona ingresada debe reunir las siguientes caracterís ticas:

- Tener más de sesenta años.
- Sufrir deficiencias físicas y mentales pero que no requiera ran supervisión médica constante.
- Que exista posibilidad de curación o mejoría.
- Que se pueda desplazar.
- Que no padezca enfermedad mental aguda.
- Que el paciente siga vinculado al médico de cabecera, el cual debe haber rellenado un dossier con el tratamiento y diagnóstico de su paciente al solicitar el ingreso.

3. - Actividades cotidianas colectivas. -

a). - Reorientación hacia la realidad, ayudando al ancia

no confuso a recordar los hechos esenciales de su existencia: quien es, donde se encuentra, quienes le rodean, etc, con sesiones conjuntas, cortas y sencillas, identificando palabras, escritos, cuadros, etc. Estos ejercicios psíquicos se pueden realizar en el interior o exterior con separación de sexo o no, pero siempre en círculos, sentados en sillas.

b). - Accidentes vasculo-cerebrales: mediante Ergoterapia, arte-terapéutico y reeducación de la palabra (para disfásicos), agregando juegos de sociedad, excursiones , etc.

c). - Actividades mensuales: efectúan sesiones de musicoterapia, lecciones sobre la Biblia, conferencias, discusiones, películas, celebración de cumpleaños y ventas de labores confeccionadas en el centro.

4. - Personal: el personal de este centro está formado por un equipo permanente y otro alternativo.

a). - Equipo permanente: existen tres personas del equipo que son asistentes sociales: una posee diploma de ciencias políticas, siendo las otras dos asistentes sociales en formación. Aunque no tienen formación especial deben reunir mínimos conocimientos de enfermería. El resto del equipo está formado por mujeres de unos cuarenta años, de salario bajo, elegidos por sus cualidades personales .

Existen ayudantes -jubilados, que perciben salarios del gobierno y son reclutados por organizaciones especializadas. Su ocupación es ayudar a las personas minusválidas, secretariado e información. Ayuda a comer y caminar, lee el periódico en voz alta, explicando y articulando bien las frases, cobran 230 dólares al mes (16.000 Ptas.)

b). - Equipo médico visitante. Aunque está previsto en un futuro encuadrar a un equipo médico dentro de los servicios, en la actualidad asiste de una manera diaria con horarios restringido, estando compuesto por:

- Una enfermera, que pasa dos horas diarias en el centro, encargandose de una supervisión médica general y dando cuenta al médico de cabecera de las vicisitudes de los pacientes.
- Una ergoterapeuta que pasa un día por semana por el centro dirigiendo los trabajos manuales y artísticos e indicando los trabajos a realizar durante el resto de la semana.
- Una fisioterapeuta que dá indicaciones un día por semana sobre ejercicios a realizar en su ausencia y participando en las reuniones de evaluación.
- Un psiquiatra que pasa dos horas por mes en cada centro haciendo una breve evaluación del paciente y sobre todo haciendo tomar conciencia a los miembros del equipo de la importancia de la Terapia de Grupo.
- Relaciones con la comunidad. La idea de Centro de Día es aún un concepto nuevo para la mayoría de la población estadounidense siendo las reuniones con la familia la manera de vincularles en la realización de la terapia.

Los dos problemas que la familia plantea con mayor incidencia son: la incontinencia y el insomnio.

Las asociaciones privadas, el comité del barrio y organismos oficiales son muy tenidos en cuenta respecto a demandas y problemática del barrio con relación a los ancianos, pero la financiación de

fondos públicos responde al postrer fracaso de otras tentativas.

El centro de Oceanside, que abrió al mismo tiempo que - los otros, fracasó a los dos años de su inauguración por malas relaciones con la comunidad y problemas de transporte.

En un futuro estos Centros de Día tienen todas las esperanzas y probabilidades de ser subvencionados por la Seguridad Social . (Medicaid).

ESTADISTICA DE LOS DISTINTOS CENTROS DE DIA.

1. - SOUTH-BAY. De 56 enfermos admitidos desde Octubre del 75 a Junio del 76 obtuvieron:

Mortalidad	5, 3 %.
Éxito en el tratamiento	10, 71 %.
Traslado a domicilio	3, 57 %.
Traslado a otros centros	80, 42 %.

2. - MID-CITY. - Sobre una totalidad de 57 pacientes en el período Octubre del 75 a Junio del 76 se obtuvieron:

Mortalidad	5 %.
Fracasos	2 %
Éxitos	2 %
Traslados a otros centros	3 %
El resto a domicilio	

Objetivos para el conjunto de los Centros de Día. - Actualmente en estos centros se atiende a:

- Mantener la calidad de cuidados en los asistentes.
- Reabrir el centro fracasado.

- Apertura de centro nuevos.
- Concienciar a la comunidad local sobre esta problemática.
- Extender los servicios sociales de este centro a personas de edad avanzada, aunque no pertenezcan a él.

Objetivos para los participantes de los Centros de Día. -

- Reeducar a las personas incontinentes para conseguir su continencia al cabo de seis semanas en un 90%.
- Reeducar a los pacientes disfásicos para que en un período de seis meses se pueda expresar un 50% de ellos.
- Ofrecer ayuda a los familiares de personas incapacitadas, para que pueda mejorar su situación familiar en un 75% de ellas.
- Lograr que aprendan a vestirse por si mismos un 75% de los pacientes, que no lo lograban a los sesenta días de su ingreso.
- Lograr que puedan dormir normalmente a los treinta días de su admisión aquellos enfermos que padecían insomnio.
- Reorientar a los 90 días de su admisión a aquellos pacientes que ingresaron amnésicos.
- Los pacientes depresivos deberán ser liberados de su depresión a los tres meses de estancia.

Estos objetivos ideales deben ser intentados, aunque no se logre realmente.

CONCEPCION DE LOS HOSPITALES DE DIA INGLESES. -

El cuidado geriátrico de Inglaterra ha supuesto un avance muy importante en los últimos 20 años. Dentro de la planificación geriátrica el Hospital de Día ha sido uno de los hitos y conquistas mas importantes para el beneficio de los ancianos.

El primer edificio fué abierto en Oxford, el Cowley-Road Hospital en 1.958, y al final del 70 existían más de 120 hospitales de día, conectados a diferentes Departamentos de medicina geriátrica.

Esta es una de las características típicamente inglesas, que les distinguen perfectamente de los Centros de Día para ancianos, como los americanos.

Es decir, el Hospital de Día en Inglaterra está anejo a un Hospital General o Geriátrico, ofreciendo servicios médicos de enfermería, rehabilitación física y cuidados sociales para todos aquellos ancianos discapacitados, procurándoles la mayor autosuficiencia para el retorno a su hogar, después del alta.

En cambio los Centros de Día tienen de cometido mas importante el aspecto social, su proposito es proveer de cuidados generales, favorecer las relaciones sociales, proporcionar comida, lavandería, baño, etc.

Naturalmente los dos tipos de centros pueden complementar, existiendo ambos y tienen como denominador común los cuidados de enfermería, asistencia social y transporte de los pacientes.

WOODFORD WILLIAMS Y ALVAREZ proponen además dentro del Hospital de Día un aporte psíquico como ayuda o apoyo emocional.

NECESIDADES DE PLAZAS DE HOSPITALES DE DIA. -

Pathy preconiza la necesidad de una plaza de Hospital de

Día cada 3.000 habitantes del sector y Brocklehurst una plaza cada 4.500 habitantes. El ejemplo mayor de un centro de Día inglés es el de King George VI Club en Cumberwell, donde asisten 50 ó 60 ancianos diariamente a un ambiente adecuado para lograr un gran nivel de convivencia. Proporciona la comida y suficientes actividades sociales, combinados con cuidados de higiene y peluquería. Se efectúa el lavado de prendas en lavadoras automáticas, existiendo charlas y conferencias sobre diversos temas que se juzgan interesantes para los ancianos.

Nadie acude más de un día a la semana, existiendo los "invitados de día" para un número limitado de personas, lo cual proporciona un ambiente social más móvil.

Es la intención del Departamento de Salud y Seguridad Social que dentro de la estructura general hospitalaria exista el Hospital de Día, organizado por distritos con sus funciones específicas a determinados pacientes indicados.

ESTADISTICA INGLESA DE 5 HOSPITALES DE DIA, (Estable-
cidos anejos a Hospitales Generales. -

Se trata de 5 Hospitales de Día ubicados en los distritos de Bromley, Margate, Dartford, Hastings y Maidstone.

Hospital de Día de Bromley. - Su apertura se realizó en 1.962, tiene una capacidad de 40 plazas y sirve a una comunidad urbana de Londres de alrededor de 235.000 habitantes.

Hospital de Día de Margate. - Abierto en 1.963, cuenta con 50 plazas de Hospital de Día, está situado en los alrededores de la ciudad, atendiendo a una población rural de 120.000 habitantes.

Dartford. - Inaugurado en 1.964 con 30 plazas de Hospital de Día. Sirve al Kent industrial, el cual tiene alrededor de 150.000 habitantes de población.

Hasting. - Abierto en 1.965, posee 30 plazas de Hospital de Día y sirve a una población ciudadana y rural cercana a los 150.000 habitantes.

Maidstone. - Se encuentra en actividad desde 1.957, posee 35 plazas de Hospital de Día y sirve a una barriada de la ciudad de Kent, la cual cuenta una población de 125.000 habitantes.

TABLA I. - PERSONAL DE LOS HOSPITALES DE DÍA

En una relación sobre 90 hospitales de Día se han obtenido las distintas cifras relacionadas a continuación sobre el diverso personal que le atiende.

Con dedicación: Días por semana.

	Uno	1	1	2	3-5	nº. Total
Geriatras	5	15	45	15	20	87
Médicos ayudantes	-	5	25	16	54	56
Estudiantes de Medicina -		33	10	10	47	37

Personal paramédico y auxiliar de ancianos en 90 Hospitales de Día.

	Sesiones por semana				nº Total
	1-4	5-9	10-19	20 ó más	
Enfermeras	27	8	47	9	64
Estudiantes enfermeras	27	9	43	12	53
Auxiliares de clínica	18	16	27	27	55
Fisioterapeutas	50	20	18	4	81
Terapeutas Ocupacionales	48	21	12	6	78
Ayudantes de Terapeutas Ocupacionales	24	26	26	11	47

TABLA II. - Consultas geriátricas estimadas de importancia entre los variados servicios aplicados en los diversos Hospitales de - Día.

	Muy importante	Pequeña o nula importancia
- Rehabilitación física	79:89 %	3:3 %
- Mantenimiento físico	69:78 %	2:2 %
- Estado físico deseable para relación social	45:50 %	12:13 %
- Cuidados higiénicos	32:36 %	23:26 %
- Confusión mental para relación social	19:21 %	31:35 %

TABLA III. - Pacientes atendidos en 5 hospitales de Día.

a). - Distribución por edad (nº total 465).

	0-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-90	90
Hombre	27	16	20	15	18	3	1
Mujeres	14	13	16	23	20	11	3
Total	18	14	17	20	20	9	2

b). - Distribución por estado civil (nº total 465).

	Casados	Solteros	Viudos	Divorciados o separados.
Hombres	71	5	22	2
Mujeres	28	16	55	1
Total	40	13	45	2

c). - Clase social (nº. total 458; 7 inclasificados).

	1	2	3	4	5 (numeración hipotética de clase social de baja a alta).
Hombres	8	19	18	42	13
Mujeres	3	12	29	40	16
Totales	5	14	25	41	15

d). - Movimientos en el area de jubilación comparados con su clase social.

1	6:55 %	4:36	22
2	14:52 %	18:46 %	66
3	6:23 %	28:32 %	115
4	12:20 %	16:13 %	186
5	1:6 %	6:12 %	<u>69</u>
			458

(7 inclasificados)

TABLA IV. - Razones de Asistencia en el Hospital de Día.

a). - De tipo general.

Hombres	33	44	19	4
Mujeres	35	40	29	6
Total	27	42	26	5

b). - Comparado en el tiempo de asistencia por semana

	Diario	Alterno	3 ó 5 días a la semana
Rehabilitación	40	34	26
Mantenimiento	56	32	12
Social	76	18	6

c). - Correlación con la duración de prestaciones

	0-3 meses	3-12 meses	12 meses	nº total
Rehabilitación	45	35	20	126
Mantenimiento	26	35	39	193
Social	14	34	52	<u>129</u>
				448

(17 atendidos por
otras razones).

TABLA V. DIAGNOSTICOS

Artritis o fracturas de fémur	30 %
Accidentes vasculo-cerebrales.....	30 %
Arteriosclerosis cerebral, demencia, Parkinson y otras enfermedades de S. N. C.....	22 %
Depresión	4 %
Otras	14 %

TABLA VI.- Frecuencia

De asistencia de los pacientes al Hospital de Día respecto al tiempo de estancia en ellos.

Diario.....	57 %
Alternó.....	28 %
Cada 3 días.....	10 %
Cada 4 días.....	2 %
Cada 5 días	3 %

50 %

Duración media de Estancias:

0-1 Mes	15 %
1-3 meses	15 %
3-6 "	17 %
6-12 "	15 %
± 12 "	38 %

Con igual distribución entre ambos sexos

TABLA VII. - Tratamiento efectuado en el Hospital de Día.

a). - Fisioterapia.

	Terapia Física	47 %	
Individual	Terapia Eléctrica	3 %	61 %
	Física + Eléctrica	11 %	
	Terapia de Grupo	24 %	
	Ninguna Terapia	15 %	

b). - Terapia Ocupacional.

Ergoterapia	30 %
Terapia Recreativa	29 %
Terapia de Grupo	39 %

c). - Otros tratamientos.

Podología	25 %
Enfermería	25 %
Odontología	28 %
Otros tratamientos	23 %

TABLA VIII. - Relación entre Diagnóstico y razón de la asistencia.

	A. V. C.	Artritis-Artrosis	Síndrome C. V. crónico	nº Total
Rehabilitación	63	26	29	41
Mantenimiento	17	38	35	29
Social	4	3	9	6
Otras razones	16	33	27	24

TABLA IX. - Frecuencia de asistencia comparada en razón de asistencia.

Frecuencia de asistencia por semana	Rehabilitación	Razones para Mantenimiento	Asistencia Social	Enfermería	Total
Diario	12	46	7	35	265
Alternativo	36	34	6	24	263
3 días	54	20	3	23	246
4 días	79	12	4	5	76
5 días	67	9	8	16	<u>115</u> 965

TABLAX. - Relaciones entre duración de la asistencia y la categoría diagnóstica de la enfermedad.

	0-2 semanas	2-4 semanas	1-3 meses	3-6 meses	6-12 meses	12 ó más meses	nº tot
A. V. C.	24	35	34	37	40	47	36
Síndrome cerebral crónico	18	23	17	18	15	12	17
Osteoartritis o reumatismo	18	16	13	13	19	17	16
Otras	40	26	36	32	26	24	31
Nº. Totales	149	106	249	187	150	123	964

TABLA XI. - Relación entre grupos de diagnósticos comparado con el alta al final del primer ciclo de tratamiento.

Alta al final del tratamiento inicial	A. V. C.	Osteoartro- sis y reuma- tismos	Síndrome V.C. cró- nico	Significación
- Deteriorados	180	36	107	P 0,01
- Fallecidos, in- gresados en el hospital o enfer- mos en casa	123	63	83	$X^2 = 26,382$
- Datos de alta por Staff mé- dico	141	51	44	P 0,01
- Mejoramiento	131	6	45	$X^2 = 25,840$

TABLA XII. - Métodos del alta al final de la primera asisten-
cia (excluyendo a aquellos que fueron distribuidos fuera del distrito).

	1963	1964	1965	1966	1967	1968
Ingresados en el hospital, muertos o enfermos en su domicilio	50	48	47	39	46	39
Datos de alta por el "Staff" médico	32	33	36	49	43	48
Alta voluntaria	18	19	17	12	11	13
Nº. Totales	183	153	169	141	149	69

TABLA XIII. - Segundo período de Asistencia. -

Alrededor de 159 pacientes (17%) fueron reingresados en un segundo período, el tiempo transcurrido entre el primero y segundo ciclo de asistencia fue alrededor de:

1-3 meses

49%

3-6 meses	17 %
6-12 "	21 %
1 1 "	13 %

Treinta y dos pacientes (3%) atendidos por tres o más ciclos de tratamiento y mas de estos (66%) fueron finalmente ingresados en el hospital encamados, enfermos en su casa o muertos.

EL "PLANNING" como concrección del funcionamiento del Hospital de Día. -

Bajo el punto de vista sanitario el hospital, hoy día se puede considerar como una empresa que produce salud, en razón de su funcionamiento, de la cantidad de personal que posee, del utillaje que emplea y del control administrativo necesario para que su economía subsista.

Apartándonos de este objetivo, para facilitar y abreviar de un modo rápido la comprensión del tratamiento total que cada paciente recibe en el Hospital de Día: rehabilitación, terapia ocupacional, asistencia de enfermería, peticiones analíticas de control, asistencia social cualificada, etc, tenemos constantemente expuesto en un paramento de nuestro Control un "planning" de trabajo, semejante al de cualquier empresa de mediana envergadura.

En el se refleja en la parte izquierda los nombres de cada paciente en una ficha que se introduce en una ranura idónea. Detrás de esa ficha constan, mecanografiados, los diagnósticos, datos personales, y tratamientos efectuados.

Sobresale solo el nombre y a su derecha una gran línea, exclusiva de cada enfermo, refleja mediante clavos introducidos en agujeros adecuados con colores distintos según clave que consta abajo: amarillos, verdes, rojos, como traducción para cualquier persona sea o no de "staff", de los distintos tipos de tratamiento que se efectúan en la actualidad con cada paciente. Si el número de éstos sobrepasa el número de colores se recurre a láminas de plástico con distintas formas: cuadrangulares, triangulares, redondeadas, que jugando con los distintos colores nos permiten infinitas claves que corresponden a distintas formas de tratamiento, dietas, curas, prestaciones sociales, etc.

Así el clavo rojo puede corresponder a rehabilitación, pero el círculo rojo es rehabilitación específica de extremidad superior

y el triangulo rojo es específico de extremidad inferior, por ejem
plo. A la vez, los distintos agujeros según los espaciemos nos in
dicarán tambien el ritmo de aplicación de tratamientos, por horas,
días, semanas, alternantes, o no.

Por lo tanto, en caso de enfermedades del personal, sustitu
ciones por veraneo, etc, cualquier persona puede tener una idea
global del tratamiento que se sigue con cada paciente permitiendo
un funcionamiento continuo del Hospital de Día.

Naturalmente esto será solo un pobre reflejo de todas las -
circunstancias que constan en las respectivas historias clínicas
de Hospital de Día, fichas de Rehabilitación, fichas de Terapia Ocuu
pacional, de tratamiento de enfermería, etc, que posee cada enfermo
en su sobre idóneo, que estan a disposición del personal que nece-
site de ello y que como ejemplo ponemos un ejemplar de cada una
en esta Tesis Doctoral.

CAPITULO XI

11.1. - Estadística obtenida en 4 años en este Hospital de Día Geriátrico.

11.1.1. - Movimiento total de pacientes.

11.1.2. - Índice de Estancia Media

11.1.3. - Índice de Pacientes por Edad.

11.1.4. - Por sexo.

11.1.5. - Por Diagnóstico.

11.1.6. - Reingresos.

11.1.7. - Costos persona/día.

11.1.8. - Altas por curación.

11.1.9. - Índice de Mortalidad.

11.2. - Índices Hospitalarios.

11.1. - RESULTADOS OBTENIDOS DURANTE UN PERIODO DE 4 AÑOS EN ESTE HOSPITAL DE DIA GERIATRICO.

1. - MOVIMIENTO TOTAL DE PACIENTES. - Durante los pe
riodos de los años 1973, 1974, 1975 y 1976 se ha atendido un total
de 160 pacientes cuyos datos con importancia estadística son los si
guientes:

I). - ESTANCIA MEDIA	Número	Porcentaje
24 meses	6	7,50%
18 meses	38	23,75%
12 meses	46	28,75%
6 meses	44	27,50%
menor de 6 meses	20	12,50%

II). - SEXO

Hembra	102	63,75%
Varones	58	36,25%

III). - EDAD Y ESTADO CIVIL

Mayores de 85 años	4	2,5%
Década entre 75-85	48	30%
" " 65-75	78	48,75%
Menores de 65	30	18,75%
De los cuales: Viudos	88	55%
Casados	48	30%
Solteros	24	15%

IV). - ORIGEN O PROCEDENCIA

Unidad Geriátrica	72	45%
Dispensario Geriátrico	20	12,50%
Del exterior	40	25%
Pacientes del ayuntamiento	6	3,75%

Centro Nacional de Rehabilitación	6	3,75%
Centro de Diabetología de Cruz Roja	6	2,50%
Servicio de Neurología del Hospital Central de Cruz Roja	6	3,75%
Servicio de Rehabilitación del Hospital Central de Cruz Roja	6	3,75%

V). - ORGANISMOS QUE SUBVENCIONAN EL COSTO/DIA

Seguridad Social	120	75%
Obra Sindical 18 de Julio	12	7,50%
Enfermos privados	12	7,50%
Asistencia Social	10	6,25%
Ayuntamiento de Madrid	6	3,75%

VI). - DIAGNOSTICOS

A). - Clínicos. -

- Accidentes vasculo-cere brales	74	46,25%
- Arteriosclerosis	34	21,25%
- Enfermedad de Parkinson	10	6,25%
- Bronconeumopatía	8	5%
- Artrosis	8	5%
- Pseudoartrosis (Cadera)	2	1,25%
- Artritis tuberculosa	2	1,25%
- Fracturas	8	5%
- Amputados extremidad inferior	4	2,50%
- Artritis reumatoide	4	2,50%
- Ulceras varicosas	2	1,25%

- Siringomielia	2	1,25%
-----------------	---	-------

B). - Funcional:

- Trastornos de la motilidad con:		
Hemiplejía	34	21,25%
- Trastornos de la deam <ul style="list-style-type: none">bulación	32	20%
- Trastornos del len- <ul style="list-style-type: none">guaje	28	17,50%
- Dificultad para activi- <ul style="list-style-type: none">dades de la vida diaria	32	20%
- Incoordinación de movi <ul style="list-style-type: none">mientos	12	7,50%
- Incontinencia Urinaria	8	5%
- Insuficiencia Respirato <ul style="list-style-type: none">ria	6	3,75%
- Trastornos del equilibrio	2	1,25%
- Escoliosis de columna <ul style="list-style-type: none">vertebral	6	3,75%

Los porcentajes obtenidos suman más del 100%, teniendo en cuenta la pluripatología geriátrica, por la cual en un mismo paciente inciden varias enfermedades.

C). - Social:

- Sin porblema social	128	80%
- Con problemas social	32	20%

D). - Diagnóstico psíquico:

- Capacidad mental noramal	100	62,50%
- Con deterioro mental gra <ul style="list-style-type: none">do I	20	12,50%

- Con deterioro mental		
grado II-III	10	6,25%
- Con depresión	16	10%
- Caracter inestable	8	5%
- Demencia senil	6	3,75%

Los cuales fueron evacuados a instituciones nosocomiales.

VII). - ALTAS DEL HOSPITAL DE DIA

- Por curación	72	45%
- En periodo estacionario	64	40%
- Empeoramiento	4	2,50%
- Incidencias (accidente vasculo-cerebral, traumatismos)	2	1,25%
- A petición propia	12	7,50%
- Mortalidad	6	3,75%

VIII). - REINGRESOS	8	5%
---------------------	---	----

IX). - PATOLOGIA ASOCIADA: Crea problema de control asistencial por posibles complicaciones y necesaria petición de gran cantidad de complementarias.

- Artrosis	30	18,75%
- Diabetes	28	17,50%
- Cardiopatías	28	17,50%
- Obesidad	20	12,50%
- Arterioesclerosis	18	11,25%
- Infección Urinógena	16	10%
- Hipertensión	16	10%
- Hepatopatías	10	6,25%
- Bronconeumopatías	8	5%
- Enfisema	6	3,75%
- Síndrome varicos	6	3,75%

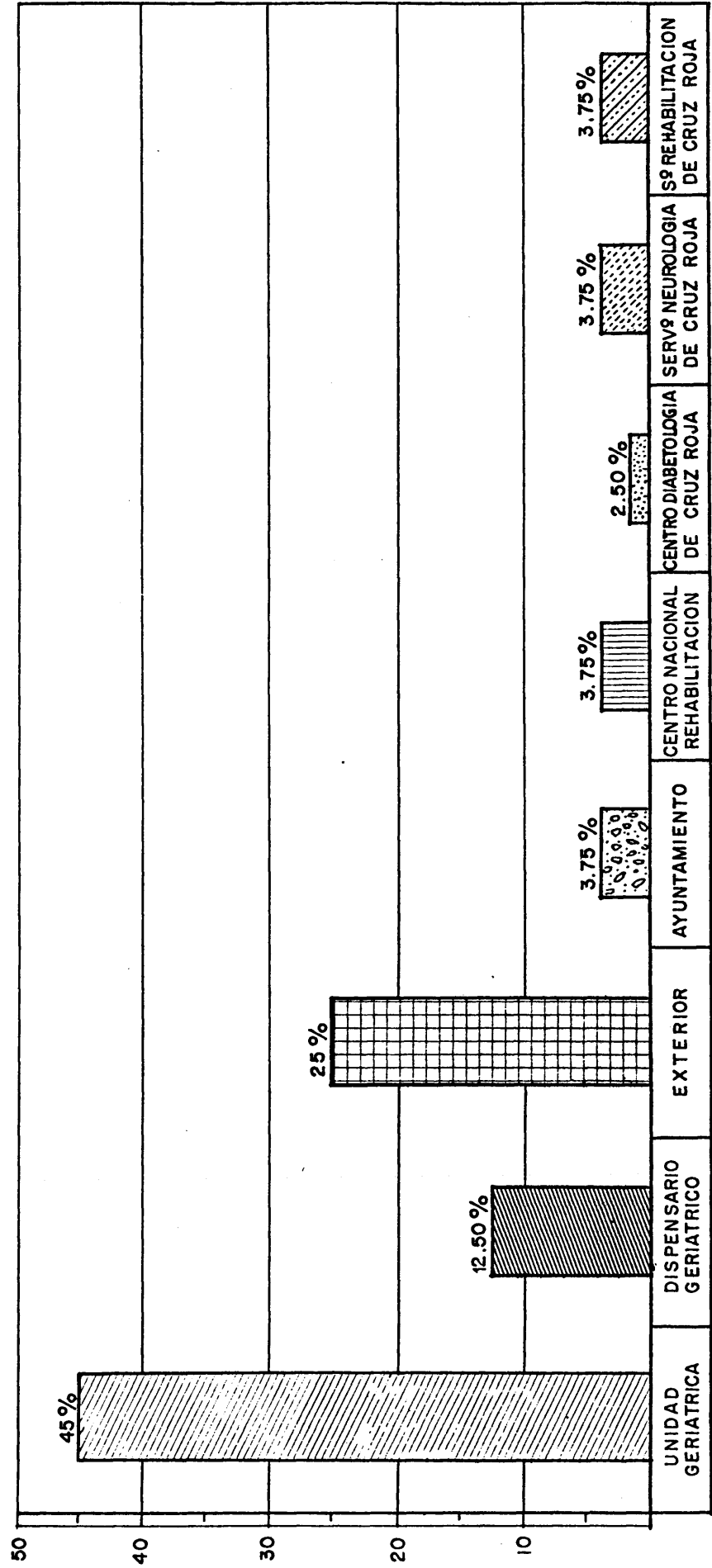
- Incontinencia	4	2, 50%
- Osteoporosis	4	2, 50%
- Anemias	4	2, 50%
- Prostatismo	4	2, 50%
- Hernias de hiato	4	2, 50%
- Gastropatías	4	2, 50%
- Diverticulosis	2	1, 25%
- Epilepsia	2	1, 25%
- Enfermedad de Hodkin	1	0, 62%
- Enfermedad de Paget	1	0, 62%
- Bocio multinodular	1	0, 62%
- Cataratas	1	0, 62%
- Glaucoma	1	0, 62%

X). - INDICES

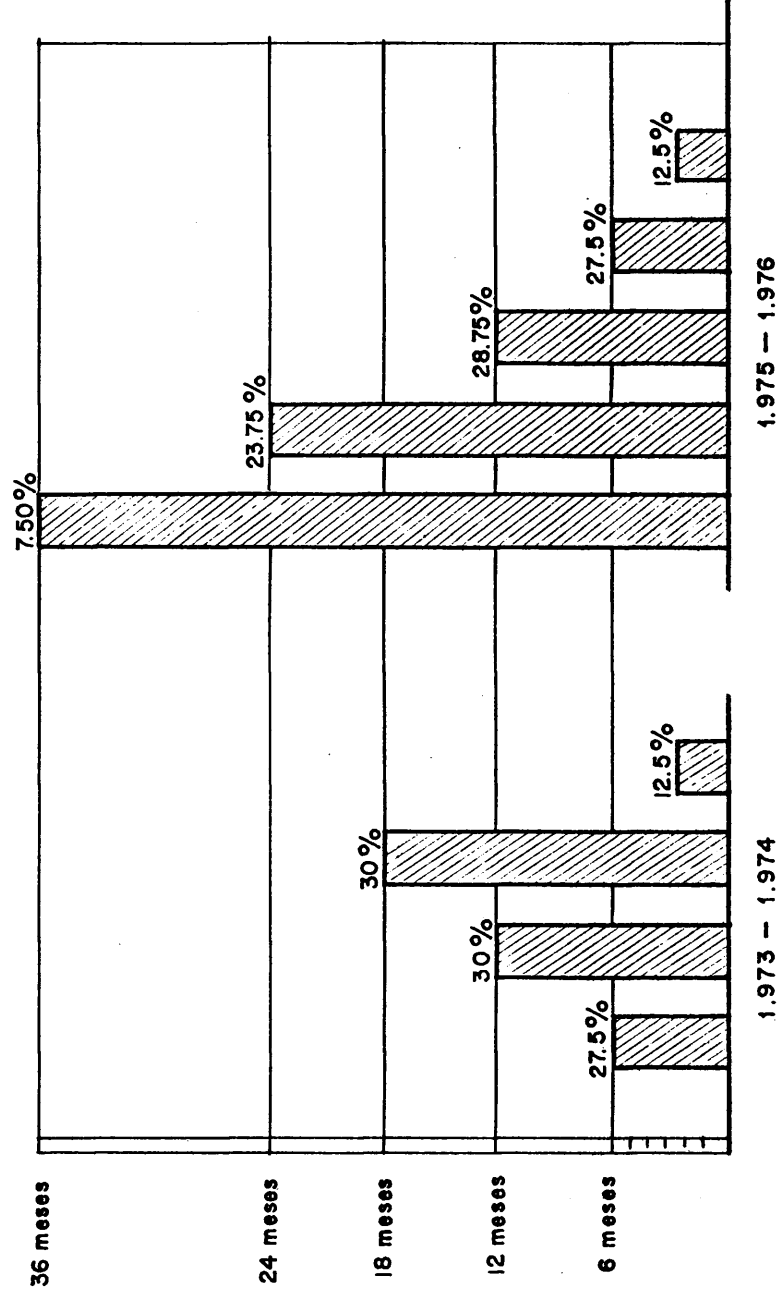
HOSPITAL CENTRAL DE LA CRUZ ROJA

GRAFICO N° 5

HOSPITAL DE DIA. - ORIGEN DE PACIENTES, según porcentaje



HOSPITAL CENTRAL DE LA CRUZ ROJA
HOSPITAL DE DIA.- ESTANCIA MEDIA
PERIODOS DE TRATAMIENTO
POR BIENIOS

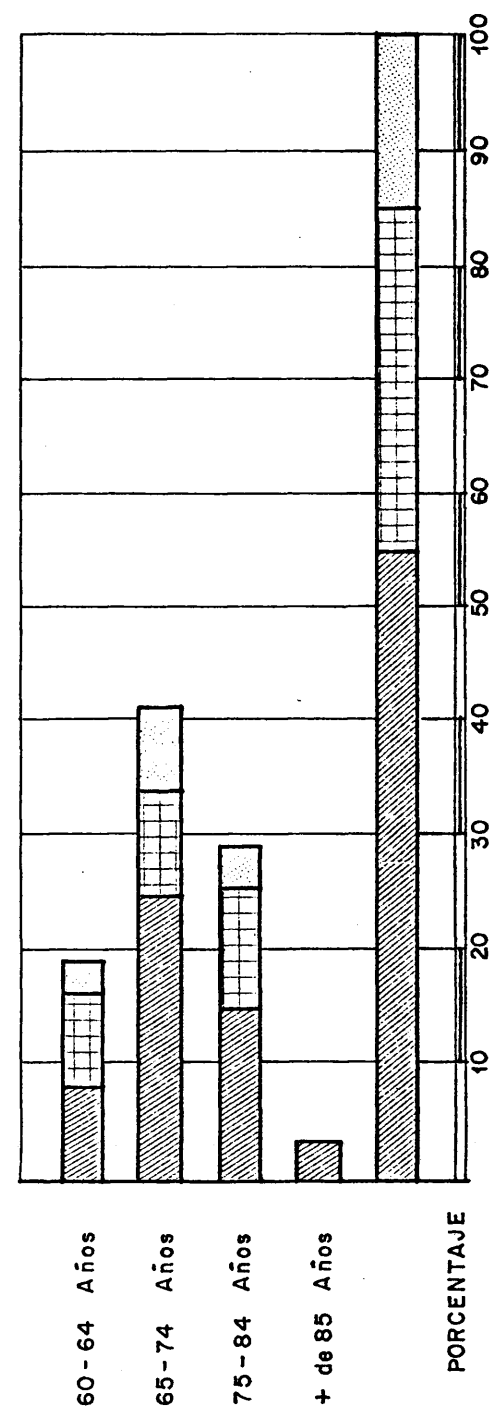


HOSPITAL CENTRAL DE LA CRUZ ROJA

GRAFICO N° 7

HOSPITAL DE DIA
PORCENTAJE SEGUN EDAD Y ESTADO CIVIL

VIUDOS 55 %
CASADOS 30 %
SOLTEROS 15 %

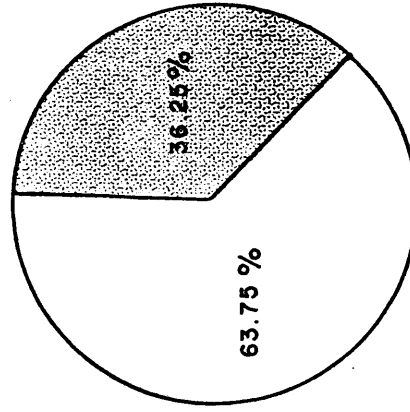


HOSPITAL CENTRAL DE LA CRUZ ROJA

HOSPITAL DE DIA

PORCENTAJE DE PACIENTES

SEGUN SEXO



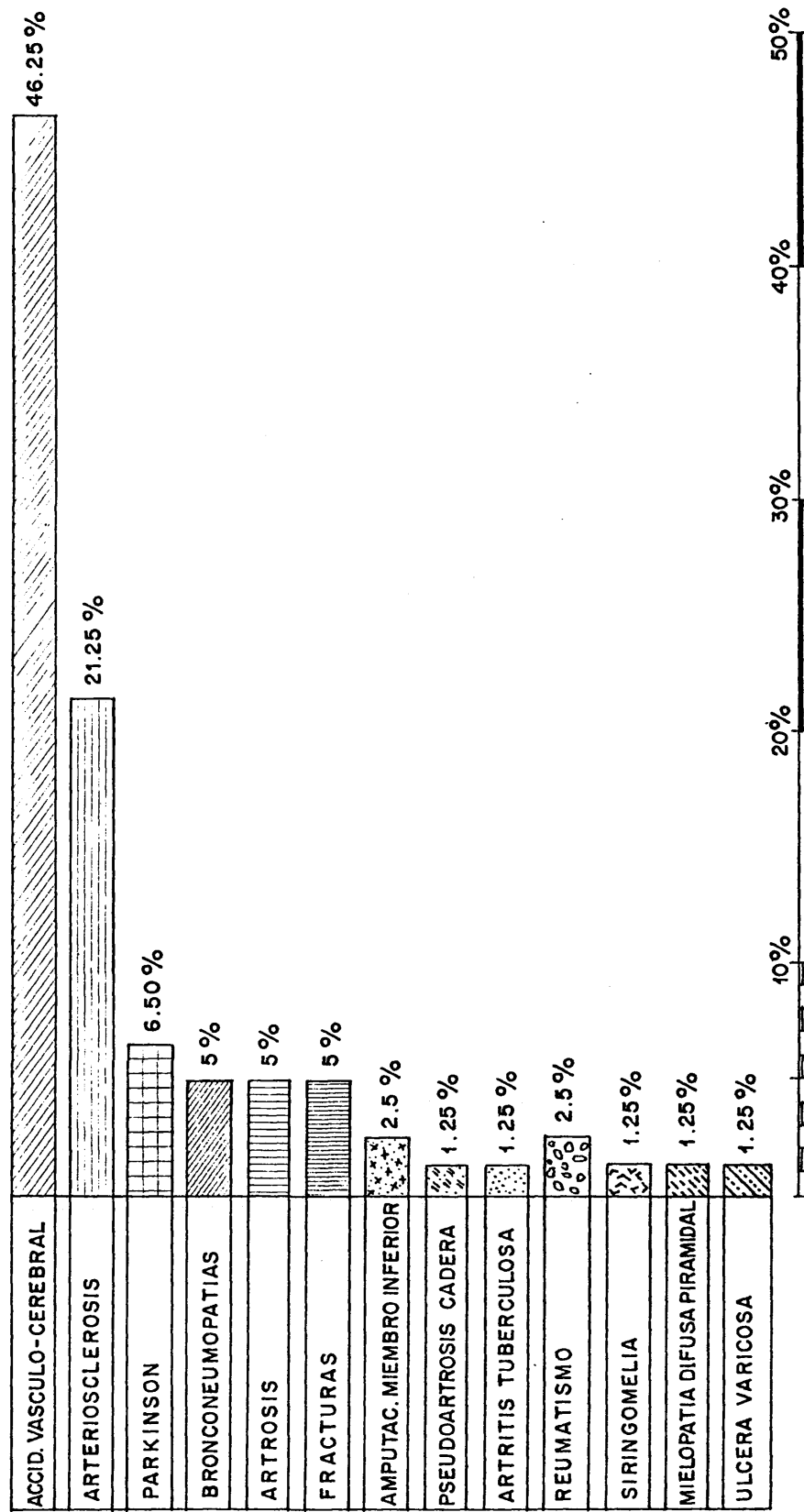
VARONES
MUJERES

HOSPITAL CENTRAL DE LA CRUZ ROJA

HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO

Datos estadísticos.- DIAGNOSTICOS CLINICOS

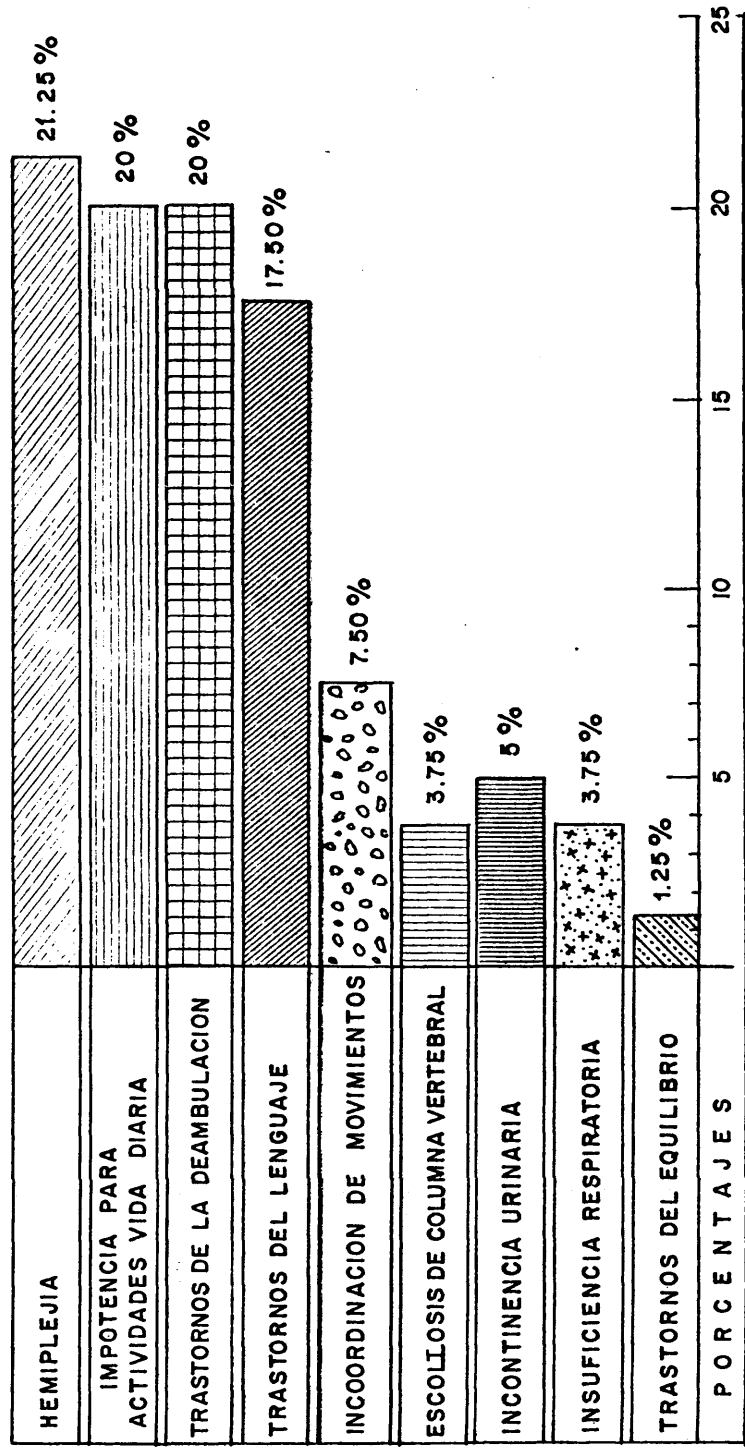
GRAFICO Nº 9



HOSPITAL CENTRAL DE LA CRUZ ROJA
HOSPITAL DE DIA GERIATRICO

GRAFICO Nº 10

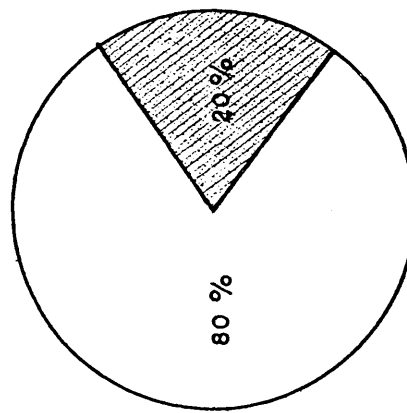
Datos estadísticos.- DIAGNOSTICOS FUNCIONALES





HOSPITAL CENTRAL DE LA CRUZ ROJA GRAFICO Nº 11

HOSPITAL DE DIA GERIATRICO

Datos estadísticos. - DIAGNOSTICOS SOCIALES



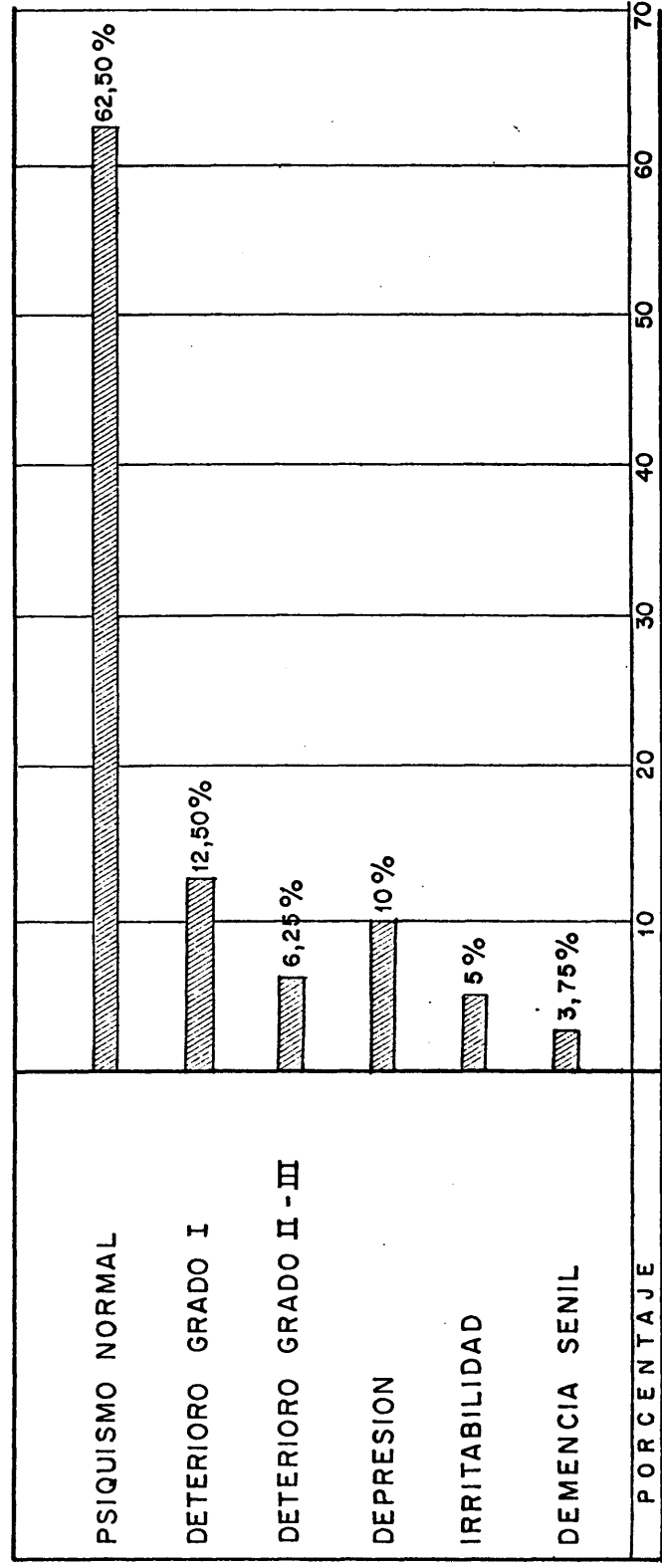
 Con problema social
 Sin problema social

HOSPITAL CENTRAL DE LA CRUZ ROJA

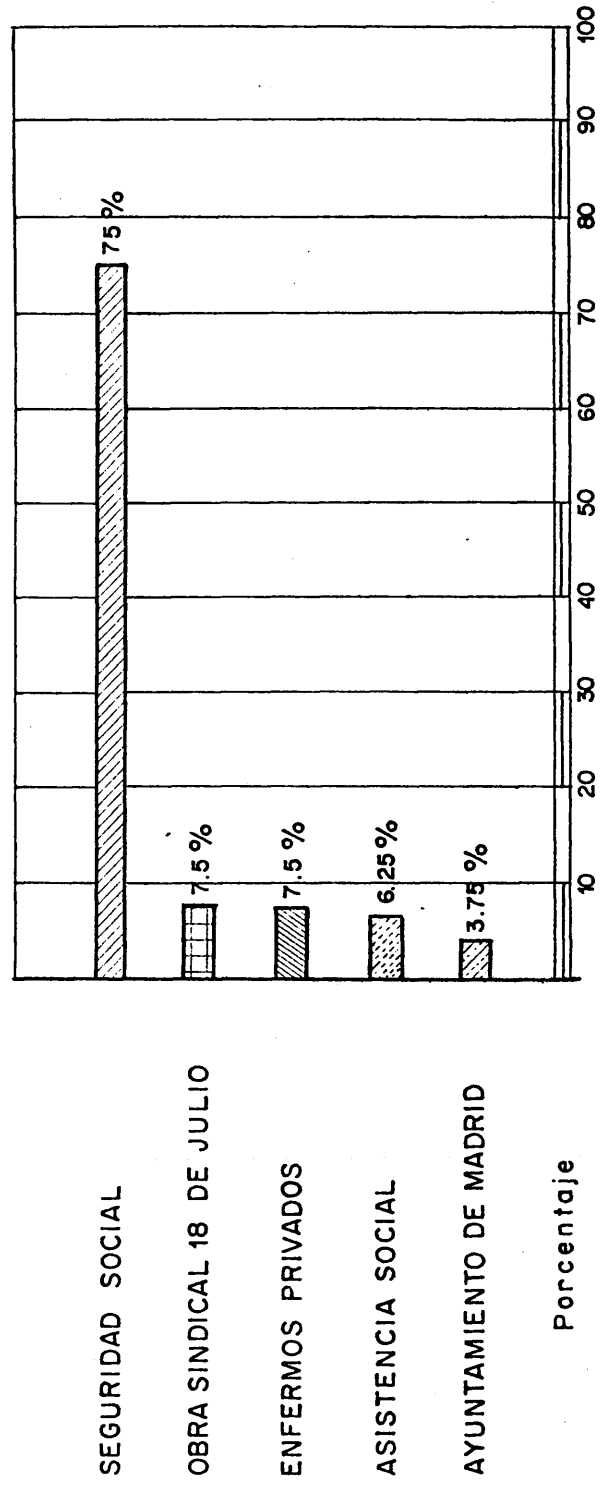
GRAFICO Nº 12

HOSPITAL DE DIA GERIATRICO

Datos estadísticos. - DIAGNOSTICOS PSIQUIATRICOS



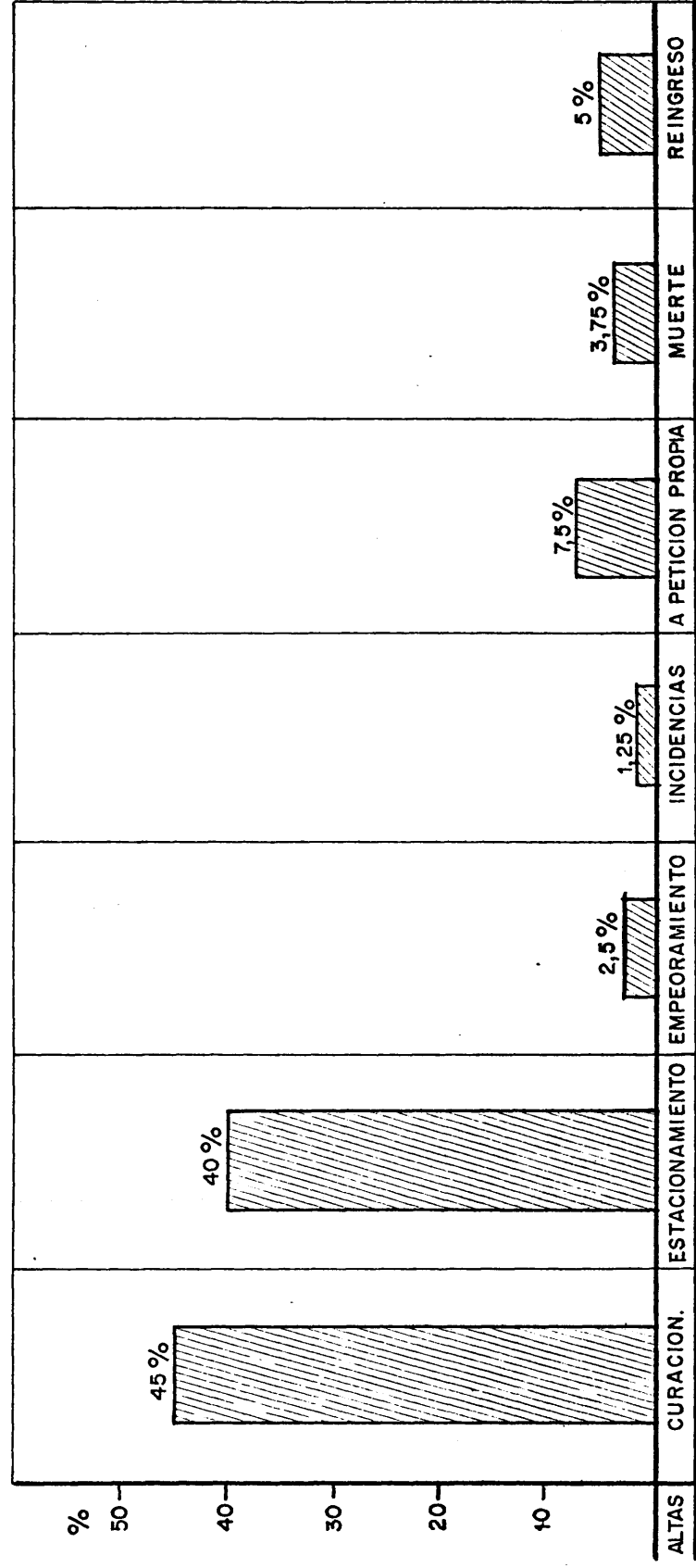
HOSPITAL DE DIA. - ORGANISMOS QUE HAN SUBVENCIONADO
EL COSTO / DIA DE PLAZAS.



HOSPITAL CENTRAL DE LA CRUZ ROJA
HOSPITAL DE DIA GERIATRICO

GRAFICO Nº 14

Datos estadísticos . - ALTAS Y REINGRESOS



XI.2. - 4 INDICES HOSPITALARIOS. -

Hemos extraído cuantros índices hospitalarios, que ofrecen cierta posibilidad de ser aplicables al Hospital de Día, pero haciendo constar las siguientes salvedades:

- La necesidad de asimilar la nomenclatura de plazas de Hospital de Día a camas hospitalarias.
- Que varia según la población escogida como referencia para los distintos índices o tasas: Si se refiere al "Sector de Influencia", como será en el futuro la población asistida por dicho centro, fluctúa alrededor de 200.000-250.000 habitantes.

Nuestros pacientes al proceder de cualquier barriada de Madrid, podríamos establecer la cifra de 4.000.000 de habitantes, lo cual evidentemente sería irreal. Por ello las distintas tasas de basarán en la población del "Area Sectorial".

- El problema del transporte condiciona la capacidad de nuestro Hospital de Día, al obligarnos a reducir el traslado de los pacientes en días alternos, dado el pequeño número de plazas disponibles.

También la poca divulgación efectuada para promocionar el centro ha mermado el número de enfermos atendidos.

- El personal actual del Hospital de Día es suficiente para atender perfectamente veinte pacientes diarios, que figuran como ancianos enfermos de dicha institución.

Analizadas estas salvedades, los INDICES ELEGIDOS son:

$$1. - \text{Indice de rotación de enfermos} = \frac{\sum \text{número de enfermos}}{\sum \text{número de plazas}} = 8$$

$$2. - \text{Índice de Personal por enfermo} = \frac{\sum \text{Número de Personal}}{\sum \text{Número de Plazas}} = 0,46$$

3. - Índice Duración Media de Tratamiento. - Se refiere al - grupo en general, al grupo del sexo masculino y al del sexo femenino. Se calcula por la formula:

$$\text{D.M.T. General} = \frac{\sum \text{Total de Enfermos X Días de tratamiento}}{\text{Total de Enfermos según el sexo}} =$$

Sexo masculino:

$$a). - \text{D.M.T.} = \frac{160 \times 265}{58} = 731 \text{ días.}$$

Sexo femenino:

$$b). - \text{D.M.T.} = \frac{160 \times 265}{102} = 415,68 \text{ días.}$$

$$4. - \text{Índice de Ocupación} = \frac{\text{Número de plaza-día al año} \times 100}{\text{Capacidad total} \times 365} = 0,13$$

El signo \sum = Suma total.

El índice de mortalidad al no podernos referir a una población de una area geográfica dada, es inexacto.

Respecto al Sector de Influenza sería Número de fallecidos en grupo de edad desde 65-85 años en un Hospital de Día, referidos a la subpoblación comprendida en ese año y esa area. Al no poder realizarlo así, es una relación de la totalidad de óbitos y la cantidad total de pacientes atendidos.

No es pues un índice sino un porcentaje.

RESUMEN

El presente trabajo es el resultado obtenido según nuestra experiencia en el primer Hospital de Día Geriátrico realizado en España. Su nominación alude directamente a su funcionamiento en jornada diurna.

Partiendo de señalar el concepto de Hospital de Día, relacionado con sus antecedentes en el campo psiquiátrico y geriátrico mundiales, hacemos destacar la importancia de un centro de este tipo como un paso intermedio entre el hospital y la asistencia a domicilio del paciente geriátrico.

Se enfoca como un hito fundamental en la programación futura de la asistencia médica, formando parte de la asistencia parahospitalaria, lo cual le distingue perfectamente de los otros tipos de asistencia: intra y extrahospitalaria.

El interés personal para el desarrollo de esta tesis está fundamentado al ser fundador junto a mis jefes del primer Hospital de Día Geriátrico, español, pero haciendo constancia en el agradecimiento que sin la ayuda expresa de multiples personas no hubiese sido posible la realización del centro ni este trabajo. Una labor importante, a medio ejecutar en la actualidad es la mentalización de la Administración, del público en general y del personal médico en particular de la necesidad de instituciones de este tipo para aligerar, agilizar y solucionar el excesivo aumento de demandas asistenciales médicas que inciden en la actualidad sobre los distintos niveles asistenciales médicos.

Se pasa despues a una planificación del Hospital de Día describiendo los medios con que cuenta:

Medios materiales: su arquitectura, distribución de locales, mobiliario, cocina, instrumental de enfermería, herramientas labo-

rales, etc.

Medios docentes: bibliografía, historias (tanto clínicas como específicas), estadísticas con sus resultados obtenidos, coloquios, y sesiones clínicas con personal del "staff", pacientes y familiares de los mismos, etc.

Medios de transporte: características del microbús, dotación del personal del mismo e itinerarios que sigue.

Pasamos después a una descripción de las distintas funciones que desarrolla dicho centro: desde la admisión del enfermo a partir de su origen (Unidad Geriátrica, Dispensario, del exterior, de otros servicios, etc) hasta el horario en que se desarrollan dichas funciones, resultando la rotación que siguen los pacientes por los distintos departamentos del centro, para mejor aprovechamiento del mismo, resaltando el "planning" como concreción de las mismas.

Los fines específicos que persigue el Hospital de Día son. -

- Completar la rehabilitación tanto general como específica, ya iniciada en el periodo de hospitalización; se hace mención especial en la rehabilitación de ciertos síndromes invalidantes: artrosis, hemiplejía, amputados, etc.

- Lograr mediante la Terapia Ocupacional la autosuficiencia del paciente para el desarrollo de sus ocupaciones habituales diarias, las cuales mejoran indudablemente con las técnicas de dicha terapia: Ergoterapia, Ludoterapia, Terapia Recreativa y Actividades de la Vida Diaria.

Las funciones que desarrolla el Hospital de Día Geriátrico pueden ser de distinto tipo:

- Funciones Preventivas. Gerocultura. -

Se puede intentar dentro del Hospital de Día ejecutar una medicina preventiva, geriátrica respecto al "sector de influencia" geográfico que circunda a la ubicación del centro, mediante exáme

nes en salud, asistencia médico-social a domicilio con equipos volantes, etc.

- Funciones Asistenciales. -

Se trata de una tarea muy propia de las instituciones que - tratamos, con labor de enfermería (curas de úlceras, sondajes, inyecciones, etc). terapia especiales, como puede ser la Terapia - inhalatoria, con aparato de Bennet y Dietoterapia por ejemplo.

A la vez dispone de ciertos medios diagnósticos de facil utilización: electrocardiografía, oscilografía y radiodiagnóstico.

- Funciones Rehabilitadoras. -

Que pueden ser de tipo específico (reumatismo, hemipléjico, etc) de tipo general (artrosis, parkinsonismo, etc) hasta técnicas especiales de rehabilitación (electroterapia, relajación, masoterapia etc).

Hay que destacar entre las técnicas rehabilitadoras la Terapia Ocupacional como método principal para ser usado en la recuperación de invalideces en pacientes geriátricos.

- Funciones de Asistencia Social. -

La asistencia Social debe ser continua, extendida al domicilio del paciente, al sector de influencia de la zona hospitalaria y al entorno familiar. Se practica además una técnica específica de asistencia social que es la Terapia Social de Grupo, haciendo hincapié en la problemática que plantea la recepción de las pensiones, con arreglo a la inversión exigua que puede realizarse, dada la carestía de vida actual.

- Funciones Psicogerítricas. -

Se trata de dar un repaso somero a las distintas psicopatías, psicosis y patología menor senil de tipo psiquiátrico que incide sobre el anciano, afinando la exploración neurológica del mismo.

Se plantea la difícil evacuación de los pacientes con demencia senil, dada la escasez de centros asistenciales psiquiátricos en España para este tipo de pacientes.

Otras funciones. -

Al ser este centro de tipo multidisciplinario, se ofrece al paciente anciano una serie de servicios como son: Podología, Odontología, y peluquería, los cuales son primordiales para el buen -funcionamientos de organos y sistemas, sin los cuales es imposible una vida de realación aceptable.

La capacidad de un Hospital de Día Geriátrico está condicionada por sus medios, entre los cuales destaca de manera fundamental su dotación de personal, por lo cual se hace una descripción fundamentada y profunda de los distintos profesionales cualificados que -componen el equipo del Hospital de Día: Médico Geriatra, Psicólogo, Odontólogo, Podólogo, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Auxliar de Clínica, Enfermera, Peluquero, Conductor del microbús, su Ayudante, etc.

Todas esta personas desarrollan una labor técnica, sin cuya colaboración y esfuerzo conjunto no sería posible la realización de las distintas funciones antedichas.

Sin embargo tambien condiciona la elaboración del programa el número ideal de enfermos respecto a la capacidad del local, al número del personal que lo atiende y al número ideal de habitantes atendidos del sector de influencia, que son posibles beneficiarios de este nivel asistencial.

Repasamos estadísticas extrajeras reveladoras que nos permiten cotejar nuestros resultados.

Estos resultados obtenidos durante un periodo de cuatro años en este Hospital de Día Geriátrico se exponen al final mediante grá
ficos y relación númerica expresando:

Movimiento total de pacientes, indice de estancia media, rela
ción de pacientes por edad, sexo y estado. Tambien se establece -
la referencias por diagnósticos: clínico, funcinal, psíquico y social,
con recuerdo especial a los reingresos y costos originados por per
sona y día. Las altas por curación, mantenimiento y mortalidad tam
bien son reflejadas, refiriendo al final cuatro indices hospitalarios
de manejo mundial, que son aplicables al Hospital de Día.

Al final constan las conclusiones, que son las que pueden -
dar fe de la utilidad del presente trabajo.

CONCLUSIONES:

1. - ESTADISTICAS.

2. - PARCIALES: rehabilitación, terapia ocupacional, etc.

3. - GENERALES.

CONCLUSIONES

A). - ESTADISTICAS: DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS DEL HOSPITAL DE DIA GERIATRICO DE CRUZ ROJA (EXPERIENCIA PROPIA).

1. - La estancia media predominante ha sido de seis meses a un año (50%) siendo la menor cuando la estancia no superaba los dos años. Despues los pacientes se vinculaban demasiado al Hospital de Dfa (difícil evacuación, desarraigo familiar, etc), lo cual cronificaba y aumentaba la cifra de estancia media.

2. - Respecto al sexo, predominaron los pacientes de sexo femenino, lo cual obligó a potenciar ciertas actividades de orientación femenina (ludoterapia, terapia recreativa, etc.). En cuanto a la edad, la mitad del porcentaje se dió entre los 65-75 años con mejores resultados y mayores probabilidades de éxito en el tratamiento. Los reingresos correspondía tambien a esta edad.

3. - El mayor contingente de nutrición de pacientes de este centro fué la Unidad Geriátrica, lo cual influyó a favor de que el paciente se favoreciera de una asistencia similar a la que había recibido anteriormente.

Sin embargo a pesar de la poca divulgación que se promovió para dar a conocer el Hospital de Día, destaca un 25% de procedencia exterior y un 7% de pacientes enviados por centros de reconocida solvencia (Rehabilitación, Diabetología, etc), lo cual avala la solución facultativa de este tipo de centros para atender o canalizar este tipo de pacientes.

4. - Si hacemos referencia a los organismos que subvencionan la estancia de pacientes del Hospital de Día, vemos que los privados han ido desapareciendo con el tiempo, los favorecidos por asistencia social han disminuido tambien, los enfermos del 18 de Julio, al ser

esta entidad absorbida por la Seguridad Social ultimamente, se incluyen dentro de la financiación de ésta, la cual subvenciona en la actualidad el 97% de todos los pacientes en razón del concierto que tiene suscrito con el Hospital Central de la Cruz Roja.

El costo/día por enfermo en el año 1.973 era de 600 Ptas., habiendose incrementado en la actualidad a 900 Ptas.

5. - La estadística de los distintos diagnósticos clínicos que predominaron en los pacientes dan los datos de: Arteriosclerosis cerebral con sus complicaciones mas frecuentes (accidente vasculo-cerebral en un 45%, enfermedad de Parkinson en un 6,25%, etc), como dato mas significativo, siguiendole en importancia las bronconeumopatias agudas, las artrosis y fracturas. Las enfermedades neurológicas puras y amputaciones fueron las de menor incidencia, siendo la restante patología no muy significativa.

Como resultado de ello, los trastornos funcionales encontrados orden de mayor a menor frecuencia fueron: secuelas de hemiplejia - (trastornos de la deambulación, incoordinación motora, trastornos - parafásicos del lenguaje y dependencias para actividades de la vida diaria). Le siguieron en importancia: alteraciones aisladas de extremidades (amputados, monoplejias, etc), insuficiencias respiratorias e incontinencias urinarias.

6. - En cuanto a los diagnósticos sociales y psíquicos, tuvieron problema social un 20%, sobre todo aquellos pacientes sin cobertura de la Seguridad Social al no tener facil posibilidad de evacuación a centros adecuados.

Los diagnósticos psíquicos obtenidos demuestran que el 62% de los pacientes tenían normalidad psíquica, la cual es indispensable para el éxito de ciertas técnicas complicadas. Los enfermos de menciados tuvieron que ser evacuados a centros específicos o dados de alta para evitar la interferencia sobre el tratamiento de los res

tantes pacientes.

7. - La patología asociada nuestra, coincide con otras estadísticas obtenidas en el Departamento de Geriátría dentro de otros niveles asistenciales, predominando las enfermedades de tipo metabólico y osteoarticular, propias de la tercera edad (artrosis, diabetes, obesidad, etc.), siguiéndole en orden de importancia las infecciones urinarias (prostatismo, etc), las bronconeumopatías, las nefropatías, osteoporosis y anemia. Las enfermedades de menor incidencia fueron de aparato digestivo y las menos significativas, las aisladas de un solo sistema u organo: glaucoma, epilepsia, Paget, etc.

La pluripatología fue un hecho concreto al incidir sobre un solo paciente mas de una enfermedad.

8. - Los porcentajes de mortalidad: 3,75% responden a la realidad de pacientes que sufrieron deceso durante su estancia en el Hospital de Día; al tener el sucesivo escalón de asistencia (Unidad Geriátrica) para su evacuación, constatamos el hecho.

Las tasas de Prevalencia, altas por curación o mantenimiento (96%), etc, se refieren a aquellos pacientes dados de alta pero sin seguimiento posterior eficaz, por falta de niveles asistenciales necesarios (ayudas a Domicilio, Unidades de Larga Estancia, etc).

B). - PARCIALES: REHABILITACION, TERAPIA OCUPACIONAL.
E T C. .

9. - La Gerorehabilitación no se debe ocupar solo de enfermedades invalidantes sino que debe ser curativa, preventiva de invalidez, siendo su indicación en razón a la enfermedad, no por la edad ni el envejecimiento biológico.

Los medios técnicos de la Rehabilitación (cinesiterapia en sus distintas modalidades, electroterapia, hidroterapia, etc.), valen perfectamente para elevar el potencial de adaptación del anciano, si están bien aplicadas.

Las metas del tratamiento rehabilitador deben estar acordes con las posibilidades del paciente, dada su menor adaptación del anciano, al esfuerzo por sus condiciones de tipo general: cardiovascular, pulmonar, cerebral, etc.

10. - La Terapia Ocupacional es de suma importancia en la rehabilitación de personas de edad avanzada, siendo la Ergoterapia un complemento de la Cinesiterapia, puesto que mantiene o restaura la máxima independencia personal y da sentido a una vida con pocas motivaciones mediante ciertas actividades profesionales.

Las ayudas técnicas para realizar Actividades de la Vida Diaria devuelven al anciano un funcionalismo máximo, prestandole sensación de independencia y logrando una deambulaci3n segura en los desplazamientos, proporcionandole una potenciación de las relaciones sociales y de proyección personal.

11. - El incluir dentro del programa rehabilitador actividades de la configuraci3n del ocio, es para convertirlas en una técnica de interacci3n social, soslayando la pobreza, la soledad, la sensaci3n de ser innecesario y la pérdida de prestigio social, tan frecuentes en estos pacientes. El Hospital de Día al proporcionarle nuevos contactos psíquicos y sociales, les da una riqueza de experiencias, uti

lizables despues. El aprovechar una solución tambien económica, programando trabajos remunerados para los ancianos como complementos de sus jubilaciones, subastas de labores, etc. Si se ofreciese a la vez tarifas reducidas de transporte, espectáculos y actos culturales redundaría en un beneficio físico y psíquico del anciano español.

12. - Las principales causas de fracturas en los ancianos son las caídas casuales y los atropellos; sus localizaciones mas frecuentes asientan en cadera, hombro y muñeca. Su tratamiento quirúrgico es bastante agradecido, siendo el Hospital de Día un escalón fundamental en la recuperación y cumplimiento progresivo del programa rehabilitador.

Cualquier tipo de ejercicio debe efectuarse condicionado a ciertas normas: en bipedestación o sedestación mejor, pues el decúbito aumenta la frecuencia dle pulso, la presión pulmonar y la resistencia periférica fatigando excesivamente el corazón senil.

La rehabilitación debe practicarse en series cortas de ejercicios, con intervalos de reposo suficientes despues del esfuerzo, que evitarán el déficit inutil de oxígeno.

13. - Los ancianos que presentan enfermedades crónicas invalidantes o cierto deterioro mental, pueden controlarse en los Hospitales de Día, proporcionandoles la necesaria asistencia médico-social como paso previo a la reintegración a su domicilio.

Psíquicamente existen en el anciano sentimientos de inseguridad, tristeza, autodesvalorización y actitud entre hostil y negativa, que en conjunto ocasiona pérdida del equilibrio personal y ambiental; todo ello entraña dificultad de aprendizaje en las distintas técnicas de rahabilitación, terapia ocupacional, psicoterapia de grupo, etc, lo cual obliga a que el Hospital de Día estimule estas limitaciones con motivaciones nuevas, afecto y dedicación especializada.

14. - Bajo el punto de vista social las condiciones psíquico-físicas y el entorno socio-familiar de los pacientes de Hospital de Día crean una serie de problemas que obligan a planteamientos y soluciones distintas a los de otras edades.

Las personas de edad avanzada deben tener el mismo derecho a un acceso adecuado de asistencia médica que otros núcleos de población. Para lo cual debe existir una coordinación de esfuerzos que facilite el paso de estos enfermos a otros eslabones escalonados de asistencia geriátrica.

200

C). - GENERALES. -

15. - En estos últimos años el número de ancianos es proporcionalmente mayor que el que corresponde al crecimiento normal demográfico actual. Las poblaciones envejecen siendo el indice de envejecimiento de nuestra población de 9,4 (1.970).

16. - La geriatrización de la medicina es un hecho, por lo tanto los servicios asistenciales de tipo geriátrico necesitan una planificación ambivalente: de tipo intrahospitalario y extrahospitalario bajo la triple vertiente de realizar una medicina preventiva, asistencial y rehabilitadora.

Este tipo de asistencia bajo el punto de vista sanitario permitiría una estructuración a nivel nacional, regional, provincial y sectorial de la asistencia geriátrica.

17. - Considerando que el médico de cabecera y la enfermera visitadora a domicilio constituyen el verdadero núcleo básico de asistencia sanitaria a los ancianos, se pueden reforzar grandemente con niveles asistenciales como el Hospital de Día, originales en su concepción y efectivos en su desempeño.

La misma ayuda médico-social a domicilio puede potenciar se si se coordina en el uso y acción conjunta de los locales y personal de Hospital de Día.

18. - Los Centros de Día al atender de un modo total la patología geriátrica (médico-asistencial, rehabilitadora, psiquiátrica, etc), descarga a los otros niveles asistenciales de tratamiento, inadecuados para este tipo de pacientes con patología intermedia entre agudos y crónicos.

19. - La finalidad primordial del Hospital de Día debe ser la integración del anciano a su medio ambiente con la mayor rapi-

dez posible, para lo cual Asistencia Social debe suministrarnos la mayor cantidad de datos posibles que nos permitan recomendar medidas que contrarresten las barreras arquitectónicas de su hogar: pisos antideslizantes, ausencia de escalones, puertas que abran al exterior, barras de apoyo para cuartos de baño y W.C. etc.

20. - El Hospital de Día por su metódica de tratamiento vincula a la familia en el tratamiento global del paciente, facilitando la reinserción a su medio familiar. Este es el mejor lugar para ubicar al anciano despues de su estancia en el Hospital de Día, facilitandole la convivencia y relación con otras generaciones, lo -- cual se debe fomentar al máximo.

El equipo del Hospital de Día proporciona, mediante el diálogo y asistencia social previa, una tranquilidad y seguridad a la familia en cuanto a la calidad de asistencial y preparación idónea al alta de su pariente.

21. - La rentabilidad del Hospital de Día, respecto a la carestía de otras formas de tratamiento, es un motivo de peso para la toma en consideración de extender su número a toda la geografía nacional, ya que agiliza el alta temprana en la unidad geriátrica, impidiendo el bloqueo de camas, atiende a pacientes de una forma más global que la asistencia a domicilio, proporcionando apoyo psicológico a cualquier anciano, incluido el que presenta patología leve psiquiátrica.

22. - Este centro asistencial proporciona tambien formación de personal multidisciplinario: enfermeras, asistentes sociales, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, auxiliares de clínica, etc, creando vocaciones geriátricas, lo cual es vital para que la asistencia a los ancianos pueda llegar a ser realidad de una manera generalizada. Quizá el futuro proporcione un hueco a este tipo de cen

tros por donde pasen graduados y postgraduados en Geriátría, si se llega a crear esta especialidad dentro de las escuelas universitarias.

23. - Considerando imprescindible una plaza de Hospital de Día para 4.000 habitantes, según distinta bibliografía recogida, para España arroja la cifra de 9.000 plazas en todo el país; para Madrid concretamente 1.000 plazas, que se necesitan.

En conclusión: sería necesario crear en España 150 unidades de este tipo de Centros.

24. - El Hospital de Día pone a disposición del anciano un nivel asistencial geriátrico con personal y medios cualificados, que combinando eficacia y rentabilidad, le devuelve las máximas posibilidades de sus facultades perdidas, en el menor tiempo posible, sin paternalismo excesivo, ni trato impersonal, en ambiente agradable y respetando su dignidad personal.

BIBLIOGRAFIA POR ORDEN ALFABETICO

BIBLIOGRAFIA GENERAL

- ABRAMSONS, S. A.

Rehabilitación in Geriatrics, Práctice 1.955.

- AJURIAGUERRA J. DE A. REGO. J. RICHARD y R. TISSOT

Psychologie et psychometrie du Vieillard, Confrontations psych
Nº. 5 París 1.970.

- AGATE

"Práctica Geriátrica. Aspectos Sociales de la Medicina geriá-
trica".

- ALIÑO TESTOR, J.

Consideraciones sobre el aparato cardiovascular en el anciano.
V Congreso Nacional de Gerontología. Valladolid, 1.971.

- ALVAREZ BUYLLA. L.

Terapia Ocupacional. Tratamiento de la Extremidad Superior Pag.
85. Vol. 6 Fasc. I. Año 1.972.

- ANDERSON C. HELEN

Rehabilitación e Higiene General Geriátrico. Nursing Clinical
Práctica, Pag. 122-103.

- ANTONINI M. FUMAGALLI C.

Gerontología: Principios generales de la Rehabilitación en el an-
ciano. Pag. 541.

- ANTONINI.

El Trabajo en la Edad Senil: Parte Médico. Giornale de Geronto.

logía Vol. XVI, Pag. 673, nº 7. Julio 1.968.

- ARIE TOM.

Day Care in Geriatric Psychiatry. Gerontología Clínica Vol. 17.
nº. 1. 1.975.

- ARMIJO, M.

Compendio de Hidrología Médica. ED. Científico Médica. Madrid 1.968.

- ARMIJO, M.

"Tratamiento hidrotermal das lumbalgias". O Médico nº 1143, 154.
Vol. LXVIII. 1.973.

- ARMIJO, M.

"Hidroterapia y Crenoterapia en las artropatías degenerativas".
Symposium sobre Artr. Degen. Universidad de Madrid. Junio
1.970.

- ARMIJO, M.

"Acciones sobre el organismo humano de las aplicaciones generales termobifasicas". Discurso en la Real Academia Nacional de Medicina. Madrid, 1.975.

- ARTHUR RANSON, J.

Aptitud natatoria y cardiovascular de personas de edad avanzada.
Medicina de la Educación Física y el Deporte. Madrid, 4-1.875.

- AUDIER, M.

"Envejecimiento natural y envejecimiento por sobrecarga" Med.
e Hig. nº 30". Marzo 1.975

- AZZOLINI, G.

Finalidad y Equipos para Hospitales de Estancia Larga. Giornale de Gerontología Vol. XVI, Pag. 673. nº 7. Julio 1.968.

- BALDONI, E.

Rehabilitación Psicológica del anciano aislado, a través de la satisfacción de un estado juvenil. Giornale di Gerontología. Pag. 887. Vol. XVIII. nº 9. Septiembre 1.970.

- BALIER, C.

Hygiene Mentale du troisieme Age E. M. C., Psych 37960 Gio, 5-1.968, T-6.

- BALIER, C.

Vida colectiva y envejecimiento. Pag. 189.
Confrontations Psychiatriques. 1.970.

- BARACH, A.L.

Regulated origen Therany and adptive values of CO2 retention in patients with pulmonary emphysema. Ann. Allerg. 23:361. 1.965.

- BARACH, A.L.

Breathing exercises in pulmonary emphyseme and allied chronic respiratory diseases. Arch. Phys. Med. Rehab. 36:379-390. 1.955.

- BASAGLIA F. y FRANCA BASAGLIA ONGARD

La mayoría marginada. ED. Laia, Barcelona. 1.973.

- BASS

Irving Journal of the American Geriatria society. Vd. XIII. nº 5.
"Personnell for activity and recretions programs cualifications and funtions".

- BATES, D. y colab.

"Management of respiratory Faillure". An . New York. Acad.
Sec. 121.781. 1.965.

- BATES, D. V., VARVIS, C.J., DONEVAN, R.E., and CHIS-
TRIE, R.V.

"Variation in the Pulmonary capillary blood volume and Membra
ne, difusion component in health and disease", J. Clin. Invest.
39. 1401. 196.

- BAXTER A.C.

The Role of the Geriatric Day Hospital.
Proceedings of the Australian Association of Gerontology.
Vol. 2, nº 2. 13-15 Sept. 1.974.

- BEAUVOIR, S.

La vejez. Ed. Sudamericana, Buenos Aires. 1.970.

- BELTRAN BANEGAS.

Problema Profiláctico en Geriatría y Gerontología. Pag. 10.

- BENCZUR, G.

"Der Balneologie", VI, 511. 1.939.

- BERNARD P. Y OTROS

"Pathologie Mentale de la senéscence et de la senilité", E.M.C.
Esych., 37530 ALTO, 11-1.961.

- BERNARD. P.

"Etude clinique des troubles mentaux de la senescence et de la
senelité". E.M.C. Psȳch, 37530 A30. 1.961.

- BERNSTEIN ,L.

"Distintos esquemas en rehabilitación". Geriatrics, vol. 21-2
Febrero 1.969.

- BERTHAUX, P.

"Rehabilitación física de los ancianos". Symposium internacional,
Estrasburgo, Mayo 1.972. Ed. Labor. Sideta.

- BESANCON, F., CUVELIER, R. Y COL.

"Les cures thermales en Geriatrie". "Thérapeutique thermale et
climatique". Masson et Cie. Paris, 1.972.

- BIZE, P. R., VALLIER, C.

"La tercera edad". Psicología moderna. Organos de los sentidos
Pag. 66.

- BLANCO SOLER

"Ensayos sobre la Vejez".

- BOURDIER, G.

"La psychometrie dans les divers affections mentales".
E.M.C. Psych. 37180 ELO, 10-1.963.

- BOURGEDIS, VITAL, J.M. VALLAT.

"Histopathology du cerveau senile".
E.M.C. Psych. 371, 10-1.972.

- BOULIERE.

Gerontología: Higiene mental y Envejecimiento. Asistencia y Fi-
sioterapia en Geriatria. 1.969.

- BRAATZ, M. J.

"Terapia y Rehabilitación para pacientes gerontopsiquiátricos con fractura de cadera". Geriatrics, Vol. 21. nº 6. Pág. 101. Junio 1. 972.

- BRAND FON BRENER M.

"Changes in cardiac output with age". Circulation, 12:577, 1.955.

- BRISCOE, A.M., AND LORING, W.B.

"Elastic content in the human lung". Proc. soc. exp. biol. med. 99, 162. 1.958.

- BROWN, R. G.

"Capacidad médica en relación con el empleo de hombres de 60 a 69 años de edad". Geriatrics XIII. 4 Abril 1.958.

- BRICKER, L. A.

"Enfoque clínico de las hiperlipoproteinemias". Clínicas Médicas de Norteamérica, Marzo 1.971.

- BROZAK, L.

"La adaptación en la edad senil". Giornale di Gerontología. Vol. XIV. Pág. 199. Febrero 1.966.

- BROCKLEHURST

Textbook of Geriatric. Medicine and Gerontology. Pág. 683. 1.973.

- BRUEKKE, G. SCHMIDT, V. G. Y COL.

"Problemas especiales de Rehabilitación en los ancianos". Pág. 513. Congreso Nacional de gerontología, Palermo 11-16. Octubre.

- BRUEKKE, G. SCHMITDT, V.G. Y COL.

"Reglas prácticas para una Terapia y cuidado de una población de ancianos". Pág. 526. Congreso Nacional de Gerontología, Palermo 11-16. Octubre 1.973.

- BURROWS, B., FLETOCHER, C.M., HEARD, B.C. AND COL
Lancet 1:835, 1.966.

- BURGALASSI, S.

"Consideraciones sociológicas sobre la condición anciana".
Giornale di Gerontologia, pág. 349. 1.973.

- GALBRIX, J.

"Ran Donne pedestre". La gymnastique, Volontaire, París 4-1975.

- CALVO MELENDRO, J.

"Tipo de vida y envejecimiento". V Congreso Nacional de Gerontología, Valladolid, 1.971.

- CAPTAM, PAUL, LEEDERMANN, C.

"Terapia de grupo en pacientes geriátricos ambulatorios".
Geriatrics. Col. XXII. nº 1. Pág. 149. Enero 1.957.

- CARLOS, V.M. S.

"Medical and Docial aspects of the aging population"
Comunicación presentada al 10º. Cong. de Doct. Católico.
Londres, 1.971.

- CARLOS, V.M. S.

"Geriatrics in the educational program". Educational progam of

Occupational Therapy Schools. X Congreso de Doctores Católicos Londres, 1.971.

- COHN, J.E., CARROL, RILEY D.

"Respiratory acidosis in patients with emphysema. Am, J, Med. 17: 447. 1.954.

- COHN. J.E., AND KUIDA, H.

Ann. Intern. Med. 56, 633. 1.962.

- COLOMBO, U.M.

"Pensión general y bienestar de la población anciana"
Giornale di Gerontologia. Pág. 397. 1.973.

- COMRDE, J.M.

Jr. Fisiología de la respiración. Ed. Interamericana 1.967.

- COTES, J.E., PISA, Z. AND THOMAS, A.J.

Effect of breathing oxygen upon cardiac output heart.

- COTES, J.E.

"Lung function". Blackwell Scientific publications. Oxford 1.965.

- COTES, J.E.

"Continuous versus intermittent administration of oxygen during exercise to patients with chronic lung disease".
Lancet 1. 1075-1077. 1.963.

- CUNY, G., H.Y. PENIN, F.

"Reeducación de las personas ancianas". La rev. du Prac.
T. XXII 201, Enero 1.972

- CUNY, G.

"Reeducación y ergo-psicoterapia. Papel del ambiente en la vejez"

J. Francaise de Gerontologie. Vol. 14, 1, nº 6. Pág. 315. 1.968

- CUNY, G.

"La Cinesiterapia y Ergoterapia en las personas de edad".

J. Francaise de Gerontologie. Vol. XIII, G. Pág. 357. 1.967.

- CHABRIER-SALMON

Le travail des gens âges. Thèse doctoral en medicina, Lille 1.973.

- DADDI, G.

Patología pulmonar y Rehabilitación de la Función respiratoria.

Giornale di Gerontologia. Pág. 383. Vol. XVI. nº 5. Mayo 1.968.

- DAVIS, R.W.

Journal of the American Geriatrics Society. Vol.15. nº 12.

Activity Therapy in geriatric Setting. 1.967.

- DAVID. T. NASH

Tratamiento a domicilio de los Ancianos. Geriatrics.

Vol. 21, nº 2, Pág. 215. Febrero 1.966.

- DEDIEU-ANGLADE. G.

Psicoterapia en el curso de la tercera edad. Pág. 167.

Confrontations Psychiatriques.

- DEGEORGES, M.

La sedentesité fléau moderne. Amicales des Entraînénes

Francais d'atletisme 48-1.975.

- DELTHEZ, PETTIT, MUTZEREST ET TROQUET.

"Quelques modalités de fonctionnement de l'appareil T.M. Chez le veillard normal". ACT. TUB. Belgique 1.861.

- DELTHEZ, PETTIT.

"Fonction ventilatoire exercise physique chez l'homme normal d'age avancé ". Revue. D.E.P. Belge. Vol. VI. 4. 1.966.

- DE NICOLA PIETRO.

El Clima en Geriatria. Giornale de GERontologia.
Vol. XVIII, nº 1. Pág. 51. Enero 1.970.

- DE NICOLA PIETRO.

Manual de Geriatria Práctica: varias formas de Rehabilitación
Pág. 42.

- DESROCHES HARRY. F.

Edad y Actividades de entretenimiento en el Domicilio.
Geriatrics. Pág. 1065. Vol. 20. nº 12. Septiembre 1.965.

- DJAN, J.

"La medicina contemporanea". Siglo XXI editors. México 1.969.

- DOCTOR Nº 83.

Informe: "La Geriatria hoy". Septiembre 1.973.

- DOLFINI, G.

Necesidad de una asistencia extrahospitalaria cualificada del anciano enfermo. Pág. 101. Vol. XIII, nº 1. Enero 1.965.

- DONALDSON, A. AND GANDEVIA, B.

"The Physiotherapy of enphysem". Australiam J. Phychol B, 55
1.962.

- DREXEL, H. DIRNAGL, K. Y PRATZEL, H.

"Experimentelle Befunde zum chemischen Wirkunsmechanismus der
Sole-un Seebäder". Z. Physik. Med. 3, 201. 1.970.

- DRINDER CR. WARREN, M.F.

"The genesis and resolution of pulmonary transudors and exudors"
Jama. 132-269. 1.963.

- DRY, J.

"Biologie du vieillissement normal et pathologique", Confrontations
Psych, nº 5. París, 1.970.

- DUBARRY, J.J., BLANQUET, P. Y TAMARELLE, C.

"Penétration percutanée d'électrolytes à l'aide de traceurs radio-
actifs". La press Thermale et Climatique, nº 1. 1.971.

- DUBBELMAN

"Aides techniques". "Une nouvelle medecinie". Les cahiers de la
vie cuitidienne. Vol. 10. París 1.969. Pág. 14.

- DUPUY, J.L.

"Chronique Medicale. La senéscence". La Gymnastique volontaire.
233-237. 1.975.

- DUPUY, J.L.

"Rôle possible des activités physyques chez les personnes âgées".
La Gymnastique Volontaire. París 1.976. 1-2.

- EDITORIAL

"The need for vit-D supplements"

Lancet, 19. Mayo 1.973.

- ERNOULT, J.P. JOUBRANN P.

"Les activites physiques et sportives en troisième âge. L'expérience de Grenoble". Education Physique et Sport. París 137-1.976.

- ESTES, J.E.

"Abdominal aortic aneurysm". A study of one hundred and tree cases. Circulation, 2:258. 1.950.

- EXTON-SMITH

Geriatría. Principios de Rehabilitación de la vejez. Pág. 89. 1.956.

- EY, H., BRENARD, D. Y BRISSET, CH.

"Tratado de psiquiatría". Toray-Masson. Barcelona 1.971.

- FARNETTI, P.

"La Fisioterapia en la Artropatia Senil". Giornale di Gerontologia. Pág. 151. Vol. XIII. Febrero 1.965.

- FEENEY, R.

"Aides Técnicas-Recherces et repartition". Les cahiers de la vie quotidienne. Vol. 10. París, 1.969. Pág. 14.

- FERGUSON ANDERSON

Geriatric Medicine. "Aspectos Preventivos de Geriatría". 1.974.

- FERUGLIO, F. S.

"El aparato cardiovascular senil". Medicina e etipiene. Abril 1. 972.

- FINNESTY Y CORBITT

"Hydrotherapy" New York 1. 970.

- FARRERAS-ROZM

Medicina Interna, Vol 2. 1. 972.

- FOREAU, M. T.

"La seânce g. v. por la troisième âge" . La Gymnas colont. París 1. 976. 1-2.

- FRAILE BLANCO, J.

"Exploración funcional respiratoria en el viejo". Ciencias Médicas Hispano Americanas, F-1: 1. 965.

- FRANKS. AST. HEDEGARD BJORN

"Odontología geriátrica".

- CLUNY, M. TENELTE.

"Modalidades y resultados en la reeducación y readaptación de las personas ancianas". La Revue du Practicien, 11 Janvier, 1. 972.

- GONZALEZ MAS, R.

"Tratado de Rehabilitación Médica". Edt. Cientifico Médica.

- GRAND, J. Y OTROS

"Recent developements in psychogeriatrics ". British Journal of Psychiatry. 1. 972.

- GROUPE LYONNAIS.

"Psicología del envejecimiento del hombre". La vejez. Pág. 77
1.972.

- GUALLAR SEGARRA, J.

"Tratamiento y Rehabilitación de la Insuficiencia respiratoria"
crónica. Julia 1.967.

- GUILLET, L. GENETY J.

"Manual de Medicina del Deporte". Edic. Toray-Masson 1.975.

- GUZMAN Y HANZIKOVA

"Enfermedades Neuromusculares del Anciano". Involución y Atro
fia en la vejez.

- HAIMOVICI, H.

"Peripheral Arterial embolism". Angiology 1-20, 1.950.

- HAIMOVICI, H.

"Peripheral Arterial disease in diabetes". N.Y. State J. Med.
61. 2988. 1.961.

- HEGEDUS, J.

"La coordinación y la destreza". Stadium Buenos Aires. 9-50
1-75.

- HENSEL, H.

"Cutaneous Thermoreceptors". In Handbook of sensory Physiology.
Vol. II - 79. 1.972.

- HERBERT, J. J.

"Crenochirurgie". Ach. Med. Hydral 23. 1. 1.963.

- HYATT, R. E.

"The interrelationship of pressure, flow, and volume during various respiratory manouvers in normal and emphysematous subjets". Am. Rev. Resp. Dis. 83:676. 1.961.

- HYATT, R.E. Shilder D.P. and FRY D.L.

"Relations hip between maximun expiratory flow and degree of lung inflation". J. appl Physyd 13. 331. 1.958.

- HYME. L. DERWITS

Una perspectiva de Terapia Física y Rehabilitación en el Ictus.
Geriatrics. Vol. XXV. nº 6. Pág. 123. Junio 1.970.

- HUET, J. A. Y HUET B. J.

"Aplications de la medecine physyque aux problemes du vieilli-
sement". Encyclopedie Méd. Chir. París. 26590 Al. 1.968.

- INFORME GAUR

"La situación del anciano en España" Confederación Española de
las Caja de Ahorro.

- JIMENEZ HERRERO, F.

"Geriatría Preventiva en los Hogares del Pensionista". Revista
Española de Geronología. Vol. VII. nº 3. Pág. 201. Jul-Sept.
1.972.

- KOMAVER

"Berta Allgemeine Rechteinier for die Durch-führung des Alters

gymnastik". Lerbesübungen Lerbeserziehsum.

10- 1.974.

- KORENCHEVSKY, V.

"Physiological and Pathological Ageing". N. York Hafner, 1.961.

- KRUSEN, FH. KOTTKE, J.

"Rehabilitación Preventiva: Niveles de Prevención: Esquemas Pág. 778.

- KRUSEN KOTTKE ELWOOD

"Medicina Física y Rehabilitación".

- LACOMBE, S.

"El Habitat del Anciano". Francaise de Gerontologie. Vol. IX. Pág. 443. Dic. 1.963.

- LAHMANN, H., LIGNES, J.G.

"Hyperlipoproteinemia. Classification". Lancet, 11. March. 1.972

- LAMB, E.S.

"Acercamiento realista a la Rehabilitación de las personas ancianas incapacitadas". Geriatrics. Vol X. Pág. 129. Feb. 1.973.

- LARGER, L.

"Reeducation fonctionnelle des cardiaques". Encyclopedie M.C. Kinésitherapia R.F. Tomo 4. París.

- LEROY, D.

"La reeducation in piscine". Readaptación nº 183. Sept. Oct. 1.971.

- LINCHT, S.

"Medical Hydrology". Beltimore. Maryland. 1.963.

- MAC DONALD

"Terapia Ocupacional en Rehabilitación". Salvat. 1.970

- MAC KINNON, MICHELS

"Psiquiatría clínica Aplicada". Inateramericana 321.
1.975 México.

- MANLIER, M., DADHENEL.

"La gimnasia de grupo, motivaciones y resultados en residencias".
Revue de Gerontologie, 38, nº 6. 1.973.

- MARCOS BECERRO, J. F.

"Geronto-Deporte Medicina de la Educación física y el deporte".
Madrid 4, 1.975.

- MARTI PALACIOS, E.

"Emplero del tiempo lebre en los ancianos". V Congreso Nacio-
nal de Gerontología. Valladolid. 1.971.

- MARTI PALACIOS

"Método de vida y envejecimiento". Empleo del tiempo lebre en
los ancianos. Revista Española de Gerontología. Vol. VI. nº 4.
Pág. 247. Oct-Dic. 1.971.

- MASTERS, A.M.

"Blood pressure elevation in the elderly". Hypertension;Recent
avances. Philadelphia, Lea and Febiger 1.961.

- MARAÑÓN, G.

"Diagnóstico Etiológico". 1.950.

- MAYER GROSS, W, SLATER, E. Y ROTH, M.

"Psiquiatría Clínica". Tomo II, Pág. 272, ed Paidós, 1.974.

- MAZZONI, M.

"Características de la actividad genética". Giornale di Gerontología. Pág. 456. 1.973.

- MC. DONALD.

"Terapia Ocupacional en Geriatría".

- MERCIER, R.

"Affections vasculaires des membres". Enciclopedie M-C, Kinesitherapia R.F. Tomo 4. París.

- MESSINI, M.

"Trattato di Idroclimatologia Clínica". Capelli Ed. Bologna.1.950.

- MESSINI, M.

"Aspecto científico de la terapia hidrológica". An. Hid. Med. y Clin. I, 339. 1.954.

- MEZZASALME, G.

"La rehabilitación de las enfermedades del corazón". Giornale di Gerontologie. Pág. 265. Vol. XI, Abril 1.963.

- MIGNE, M.

"Activites phisiques et senescence". Thèse du Doctorat en Médecine. nº 140. Univertisé Bordeaux II, 1.974.

- MILLER, E.

"Psicometría de la demencia". British Journal Of hospital Medicine. Dic. 75. Pág. 753.

- MILLER, W.F.

"Physical therapeutic measures in the treatment of chronic bronchopulmonary disorders". Am. J. Med. 24:929 1.958.

- MILLER, W.F. AND TAYLOR, H.F.

"Exercise training in the rehabilitation of patients with severe respiratory insufficiency due to pulmonary emphysema". South. J. 55: 1.216. 1.962.

- MIGUEL MARI, J.A.

"El aparato respiratorio del anciano ". Trib. Med. Pág. 3. 6 Agosto 1.971.

- MIRA Y LOPEZ, E.

"Hacia una vejez joven". ED. Lapewsz. Buenos Aires 1.961.

- MONTROYE, J. Y COLS.

"Study of the longevity and morbidity of College Athletes". J. A.M.A. Noviembre 1.956.

- MULLER CRISTIAN

"Manual de Geropsychiatrie".

- MUGICA, E.

"Rehabilitación Funcional por Ejercicios". 1.973

- NEWMAN, L.B., WASSERMAN, R.R. Y BORDEN, C.

"Productive living for those with heart disease": The role of physical medicine and rehabilitation. *Aech. Phys. Med.* 37:137. 1. 956.

- NADAMURA, T.

"The aged lung per se and chronic pulmonary disease in and around the aged lung". *J. Jap. Soc. Interna. Med.* 59. 1-15. 1. 970.

- NEBULONI

"El hospital de día en una programación socio-económica válida para el anciano". *Giornale di Gerontología.* Pág. 467. 1. 973.

- OCONELLE, FILER, R.D.

"Motivation of Aging Persons". *Journal Gerontology.* Vol. XIX 1. 964.

- OSES PUCHE, J.J. TORIBIO COCHO, J.

"Rehabilitación Cardíaca". *Rehabilitación.* Fasc. I. 1. 975.

- OYA, C DE LARRODERA, L., SERRANO-RIOS, M.

"Bioquímica de las lipoproteínas. Tipos clínicos". *Boletín de la Fundación Jiménez Díaz.* Oct. 1. 972.

- PAÑUELA CASAS., SALGADO ALBA, A.

"Gerontología y Geriátrica en España". *Giornale di Gerontología.* Pág. 360. 1. 973.

- PAPPAS, G.

"Femoral aneurysms". Review of surgical management. *Jama* 190: 489. 1. 964.

- PAROT, S.

"Le vieillissement du systeme nerveux central". E.M.C. Psy
37530- 11. 1.974.

- PARREÑO. RODRIGUEZ, J.

"Rehabilitación y Terapia Ocupacional en Geriatría". Rev. Iberoamericana de Rehabilitación médica. Vol. XII año VII.

- PASCUARONI, E., RASPA, E. G.

"La profilaxis de la vejez". Giornale di Gerontología. Pág.227
1.973. 97.

- PASQUALICHIO, A.

"Principios de aplicación de la Metodica Preeducativa en el tratamiento del anciano hemipléjico". Giornale di Gerontología Pág.
649 Julio 1.972.

- PASTRANA

"Terapeutica Funcional y Sociolaboral del Paciente con Artritis Reumatoide; Revista de Rehabilitación Pág. 79. Vol 6. 1.972.

- PEQUIGNOT, H.

"Medicina y Mundo moderno". Fomento de Cultura. Ed. Valencia
1.972.

- PERLADO, J.

"Rehabilitación del enfermo geriátrico". Revista Española de Gerontología. Pág. 57. Enero 1.970.

- PIERCE, A.K. PAEZ, P.N., AND MILLER, W.F.

"Exercise Training with the aid of portable oxygen supply in pa

tiente with emphisema". Am. Rev. Resp. Dis. 91:653, 1.965

- PIERCE, A.K., TAYLOR, H.F., ARCHER, R. K. Y MILLER, W.F.

"Responses to exercise training in patients with emphisema". Arch. Int. Me. 113:28-36. 1.964.

- PIERQUIN, L.

"Protheses, ortheses et aids techniques". Les cahiers de la vie quotidiane. Vol 8 Pág. 7-12 París 1.969.

- PONS-VIGNON, B.

"Organización del Tiempo Libre y acción Social. Francaise de Gerontología." Pág. 309. Vol 15, nº 5 1.969.

- PONTRANDOLFI, P.

"La higiene en la Gerontología y en el Instituto hospitalario geriátrico. Giornale de Gerontología. Vol XVIII, nº5. Pág. 447 Mayo 1.970

- POULDEN AND ROSING

"Nursing Times". December 29, 1.967 ART. Therapy in Geriatrics.

- RAMSOME, H.

"Rehabilitation (British Council for Rehabilitation of the disabled) Cahiers de Reeducation Readapt. Fonctionells 1.971.

- RAPAILLE, G.

"El Reanimador en un Centro de Día para personas de Edad. Francaise de Gerontología. Pág. 327. Vol. XII. nº 6. 1.966.

- REED, W. J.

"Rehabilitation de las enfermedades crónicas". Geriatrics. Vol. XIX. nº 2. Pág. 87. 1.966

- REHABILITACION EN GERIATRIA

Revista española de Gerontología. Vol. III. 120. Pág. 130. Abril-Junio 1.968.

- RICHARD, J. Y CONSTANTINIDIS

"Les démences de la vieillesse". Confrontations psych. nº 5. París. 1.970

- RICCA, M.

"Aspectos Medicosociales de la rehabilitación neurológica en la edad senil". Vol. XII. nº 10. Pág. 1269. Oct. 1.964

- RICCITELI, A.

"Activity Therapy in Geriatric". Journal of the American Geriatrics Society. Vol. 12-15. 1.972.

- RODRIGUEZ REYES, J.

"La Terapia Ocupacional y la Laborterapia en enfermedades mentales" Abril 1.972.

- RODSTEIN, S.

"La prevención de la incapacidad y enfermedades en los viejos". Geriatrics. Pág. 193. Vol. 21. Enero 1.966.

- ROLDAN ALVAREZ, A.

"Rehabilitación del anciano hemipléjico". Revista Española de Geriatria. Tomo VI, nº I, Enero-Marzo 1.971.

- ROLDAN ALVAREZ, A.

"Medios auxiliares en Rehabilitación. Rehabilitación, Vol, I.
Fasc. 1. 1.967.

- ROOK ALAN

"An investigation into longevity of Cambridge Sportsmen". British
Me. Jor. Abril 1.954.

- ROSMANN ISADORE

"Clinical Geriatrics".

- RUSK, H. A. AND DACSO, M. M.

"Rehabilitation in the Aged". Reprinted from "bulletin of the New
York Academy of Medicine. Vol. 32 . nº 10. 1.956.

- RUSSEK, H. I.

"The influence of age on blood pressure". Am. Heart J. 32668.
1.946.

- SALARDI, C.

"Conjunto y unidad de asistencia como condición indispensable a
la Rehabilitación psicofísica del crónico de cualquier edad". Gior
nale di Gerontología. Pág. 597. Vol. XVI. Junio 1.968.

- SALGADO ALBA, GUILLEN LLERA Y COL.

"Gerontología y Geriátrica". Cruz Roja. 1.974.

- SALGADO ALBA, A.

"Misión del Hospital de Día en la Asistencia Geriátrica". Pág.
59. Año IX. Revista Iberoamericana de Rehabilitación.

- SAMPRIETO MODREGO

"Vejez gozosa". Prof. Med. nº 973. Dic. 1.970.

- SAN MARTIN, J., ROLFAN, A. Y ARMIJO, M.

"Resultats immediats de la Kinebalneotherapie en piscine thermale". I Congres. Ass. Eur. Med. Therm. Merano (Italia) 1.975.

- SCARDIGLI, S.

"Chequeos y resultados obtenidos en una población de edad presenil y senil". Giornale di Gerontología, Pág. 494. 1.973.

- SCARDIGLI, G.

"Necesidad y objeto de la Rehabilitación en Geriatría". Vol, XIV, nº 4, Pág. 403. Abril 1.966.

- SCHOEN BONI MIELHKE.

"Medicina Física; Clínica de las Enfermedades Reumáticas".

- SEYLE, H.

"Stress". Montreal, 1.955.

- SOLANO, F.

"Psicoterapia de Grupo con pacientes geriátricos". Geriatrics Pág. 521. Vol. XXI, nº 5, Mayo 1.973.

- SOLARD, F. Y COLS.

"Consideraciones en psicoterapia de grupo sobre pacientes geriátricos". Giornale di Gerontología. Vol. XXI, 5 Pág 52.

- SOLARD, F. Y COLS.

"Psicoterapia de grupo en pacientes geriátricos". Pág. 521, Vol. XX.

- SOLSONA, F. Y MARTINEZ-COLIN, M. P.

"Electroterapia del dolor". Tribuna Médica, Rev. III, 17. Madrid 1.972.

- SOLFANDER, L.

"Métodos de aplicación psicológicos en la evaluación sintomática en el tratamiento geriátrico". Pág. 124. Vol 25. Geriatrics. Agosto, 1.970.

- STEIMBERG, F. V.

"Geriatric Rehabilitation in a General Hospital". Reprinted from. Geriatrics. Feb. 1.963.

- STLEGLITZ, E. J.

"Medicina Geriátrica". Salvat Ed. 1.965.

- STRAUSS BERNARD.

"Papel del Hospital de Crónicos". Pág. 181, Vol. 2, nº 2. Feb. 1.966.

- SULLIVAN, E. MARY

"Cuidados posthospitalarios". Geriatrics. Pág. 181, Vol 22, nº2. Feb. 1.967.

- TENETTE, M.

"Francaise de Gerontologie". Pronóstico Funcional a Medio Plazo en los ancianos hemipléjicos reeducados. Vol XVII, nº 2, Pág 25. 1.970.

- THOMPSON

"Geriatrics and the Practitioner team. Examen de los pacientes añosos. 1.969.

- TROMBLY, M. A. CATHERINE ANNE.

"Effects of selected activities". The American Journal of Occupational Therapy.

- VALERO, A. Y ALROY, G.

Archiv. Intern. Med. 115:307. 1.965.

- VEGA DIAZ

"Algunos problemas clínicos de la carditerapia senil". II Congreso Nacional de la S.E. de Gerontología. Valencia 1.954.

- VERZAR, F.

"Intrinsic and Extrinsic factors of molecular ageing". Exp. Gerontol. 3. 69. 1.968.

- VIGNON, G., MEGARD, M. Y COL.

"La ergoterapia, su interés en una residencia geriátrica". Revue de Gerontologie. Dic. 1.974. Pág 36. nº 6.

- VINDEU, K.

"Terapia Ocupacional en la Hemiplejia". Revista Iberoamericana de Rehabilitación. Pág. 23. nº 2.

- VIDAL, J.

"Ayuda a Domicilio". Revista Española de Gerontología. Vol. VII, nº 3. Pág. 179. Julio- Sept. 1.972.

- VILLA, J. L.

"La prevención y la asistencia en los hallazgos psíquicos". Pág. 147 de Confrontations Psychiatriques. 1.970.

- WECHSLER, D.

"The measurement of adult intelligence". W. Wilkins Cy. Ed.
Baltimore, 1.958.

- WECHSLER, D.

"The measurement and appraisal of adult intelligence". Williams
Wildins Cy, ed. Baltimore, 1.958.

- WHITE, A., DONALSON, A. AND GANDEVIA, B.

"A therapeutic regimen for the emphisematous patient in hospital".
Australian. J. Physiotherapu 9:68-86.

- WILLIAMS, R.H.

"Tratado de Endrocinología". 1.969.

- WHITTTLER, R.J.

"Terapia Ocupacional de los Hospitales Mentales". Geriatrics
1.963. II, Pág. 865.

- ZILLI, A.

"Nuevas técnicas en la rehabilitación del anciano hemipléjico".
Giornale di Gerontología. Vol. XXI. Pág. 53. Mayo 1.973